【様式２】

災害ボランティア登録票（個人用）

年　　月　　日

受付状況	初めて　・　　回目（前回活動した日　　）		
氏名（ふりがな）		歳	男・女
住所			
TEL（携帯 TEL）	－　　－　　（　　－　　－　　）		
メールアドレス	＠		
活動期間	本日のみ・　　月　　日　から　　月　　日　まで（　　日間可能）		
資格	□ 医師　□ 薬剤師　□ 看護士　□ 保健師　□ 助産士　□ 保育士 □ 救命救急士　□ 社会福祉士　□ 介護福祉　士 □ ホームヘルパー □ マッサージ師　□ 理美容師　□ 建築士　□ 手話通訳士　□ 調理師 □ 栄養士　□ その他（　　）		
特技	□ 介護　□ 要約筆記　□ 点字　□ 通訳（ 語） □ 電気工事関係　□ 建築土木関係　□ 自動車自転車修理　□ パソコン □ その他（　　）		
ボランティア活動経験の有無	有 （　　） 無	V 保険加入の有無	加入・未加入
備考			

連日活動以外はすべて受付をしてください。