

受付番号	
受付日	平成 年 月 日
受付者	

## 災害ボランティア団体登録票

団体名				男性	人
ふりがな				女性	人
代表者名				合計	人
住所 (事務所)	〒 -				
連絡先 電話番号等 (事務所)	電話 ( ) -	携帯 電話	- -		
FAX ( ) -					
Eメール アドレス	※今後の情報提供は、基本的にEメールでお知らせ致します。				
名 簿	氏 名	住 所	電話番号	資格・特技	保険

※「保険」欄には、保険加入の有無が個別に分かるように「○」、「×」で明記してください。