

受付番号	
受付日	平成 年 月 日
受付者	

災害ボランティア個人登録票

新規 ・ 継続 (回目)	
ボランティア保険	加入済 ・ 未加入

ふりがな			性別	男 ・ 女
名 前			年齢	歳
住 所	〒 ー			
連絡先 電話番号等	自宅 () ー	携帯電話	ー ー	
	FAX () ー			
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。			
備 考 (資格・特技)	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>例) 資格 医師、薬剤師、看護師、保健師、助産師、保育士、救急救命士、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、手話通訳士、調理師、栄養士、アマチュア無線、二輪運転免許 など</p> <p>特技等 イラスト、パソコン、要約筆記、点字、音訳、手話、英会話、ボランティアコーディネーター経験、自転車修理 など</p> </div>			