

災害ボランティア受付票（個人用）

受付日	年 月 日（ ）	受付 NO	
-----	----------	-------	--

- 1 このセンターで受付をしたことがある方は、太枠内だけをご記入ください。
 2 ここに記載する個人情報は災害ボランティアの登録・活動以外の目的で使いません。

このセンターで受付 → 初めて ・ _____ 回目			
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名		生年 月 日	大正 昭和 年 月 日 平成（ ）才
住 所	〒		
TEL		携帯電話	
緊急連絡先	上記以外にあれば記入してください		
活動予定 期 間	本日のみ ・ 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
ボランティア 活動保険	加入済 ・ 未加入		
健 康 チェック	良 好 ・ 心 配 な こ と ()	その他の病気 有 () ・ 無	
	治ってないケガ 有 () ・ 無		
血液型	血液型 □:A □:B □:O □:AB // Rh□:+プラス □:-マイナス		
備考			

資格・特技等について

[illegible]

※これより下には何も記入しないで下さい。

受付 NO		保険処理		受付担当	
備 考	:				