

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用しません。

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 チエック	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 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB // Rh <input type="checkbox"/> +プラス <input type="checkbox"/> -マイナス		
備考			

資格・特技等について

資格免許	<input type="checkbox"/> 運転免許（ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 自二 ）
	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保育士
	<input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー
	<input type="checkbox"/> マッサージ師 <input type="checkbox"/> 理美容師 <input type="checkbox"/> 建築士（ 級） <input type="checkbox"/> 手話通訳士
	<input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 栄養士
	<input type="checkbox"/> アマチュア無線
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
特技等	<input type="checkbox"/> 災害ボランティアの経験 <input type="checkbox"/> イラスト <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 要約筆記
	<input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 外国語通訳（ 語） <input type="checkbox"/> 電気工事関係
	<input type="checkbox"/> 建築土木関係 <input type="checkbox"/> 自動車・自転車修理 <input type="checkbox"/> 事務
	<input type="checkbox"/> その他（ ）

※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	：				