ボランティア登録票（個人用）

様式①

※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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 受付　　　年　　　月　　　日（　　　曜日） | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | □男  □女 | | ＊災害ボランティアの過去の経験  □ある　　　□なし | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | 歳 | | 電話 | |  |
| 携帯 | |  |
| 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | |
| 健康状態 | □良好　□心配なこと（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 活動期間 | 平成　　年　　　月　　　日　～　平成　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 名　　　前 | | 続　柄 | | | 連　絡　先（電　話　番　号） | | | |
|  | |  | | |  | | | |
| 健康  チェック | ふだんの血圧  　　　／ | 心臓病  □有　□無 | | 治ってないケガ  □有　□無 | | | | その他の病気　　□無  □有（　　　　　　　　　　　　） | |
| 血液型　□Ａ　□Ｂ　□ＡＢ　□Ｏ　//　Ｒｈ□+プラス　□－マイナス | | | | | | | | |
| ※現在異常のない方も本人の責任において活動し、異常やトラブル等を感じたときは直ちに作業チームのリーダーに報告してください。 | | | | | | | | |
| 資格免許 | □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  □建築士（　　級）　□手話通訳士　□調理師　□栄養士  □運転免許（ □普通 □大型 □自二　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 特技等 | □災害ボランティアの経験　□イラスト　□パソコン　□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　□地理/土地感　□事務  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |

※これより下には何も記入しないで下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録No |  | 保険 |  | 受付担当 |  |
| 備　　考 |  | | | | |