

様式第1号

災害ボランティア事前登録申請(変更)書(個人用)

受付年月日	令和 年 月 日
登録番号	コ R6-

社会福祉法人 鏡石町社会福祉協議会会長 様

次のとおり 新規登録 ・ 登録変更 をいたします。

ふりがな			性別
氏名			男 ・ 女
住所	〒 -		
連絡先	電話番号		
	メールアドレス		
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 歳)		
職業(任意)			
資格・免許	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 理美容師 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 重機等特殊車両操作 <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> アマチュア無線 <input type="checkbox"/> 運転免許(種類: ) <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"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 料理 <input type="checkbox"/> 通訳・語学( 語) <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 保育 <input type="checkbox"/> 電気工事関係 <input type="checkbox"/> 建築土木関係 <input type="checkbox"/> 話し相手・遊び相手 <input type="checkbox"/> その他( )		
希望する活動内容	<input type="checkbox"/> 被災者支援 ・ <input type="checkbox"/> 災害VC運営補助 ・ <input type="checkbox"/> どちらでも可能 <b>【その他: 】</b>		
平常時ボランティア保険への加入	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	有の場合: 加入保険プラン <input type="checkbox"/> 基本 <input type="checkbox"/> 天災・地震	
個人情報提供意思表示	登録された本情報について、災害時の救援活動に必要な範囲内で、他の関係機関(鏡石町災害対策本部、災害ボランティアセンター)に提供することに同意できる場合は「可」、提供に同意できない場合は、「不可」を選択してください。 <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可		
保護者の承認 (未成年の場合のみ)	災害ボランティア事前登録において承諾いたします。  保護者名(署名) <span style="float: right;">⑩</span>		

※登録変更の場合には、氏名と変更箇所のみをご記入ください。