

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人は、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。

このセンターで受け付け → 初めて ・ <u>2</u> 回以上			
フリガナ		性別	男 ・ 女
名 前		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 ・ 平成 年 月 日 ～ 平成 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

資格免許	☐ :運転免許 (☐ :普通 ☐ :大型 ☐ :自二) ☐ :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 ☐ :アマチュア無線 ☐ :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 ☐ :手話 ☐ :外国語通訳 (語) ☐ :電気工事関係 ☐ :建築土木関係 ☐ :自動車・自転車修理 ☐ :事務 ☐ :その他 ()

※これより下には何も記入しないでください。

受付 NO		保険処理		受付担当	
備 考					