|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No |  |  | 受付日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

【災害ボランティア登録票】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏　名 | □男　□女 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　所 | 〒　　　- | 連絡先 | 自宅（　　　　）　　　- |
| 携帯（　　　　）　　　- |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 所属しているボランティア団体名 | □ある □ない ［団体名］ |
| 緊急時の連絡先 | □上記と同じ　□他にある（連絡先：　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **活動内容** | 活動範囲 | □光市内　　　□光市及び山口県内 |
| １．□ 災害ボランティアセンター支援（運営、受付、調整、物資仕分け・配布など） |
| ２．□ 労力支援（被災家屋の清掃やがれき除去、移動支援など） |

**◇災害支援に必要となる場合がありますので可能な限り当該項目にチェックしてください**

|  |  |
| --- | --- |
| **資格・免許** | □運転［□普通　□大型　□自二　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）］ |
| □医師　　　　　□薬剤師　　　　□看護師　　　　　□保健師　 |
| □保育士　　　　□社会福祉士　　□介護福祉士　　　□精神保健福祉士 |
| □ホームヘルパー（　　級）　　　□マッサージ師　　□理容師・美容師 |
| □手話通訳士　　□調理師　　　　□栄養士　　　　　□アマチュア無線 |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **特技等** | □手話　　　　□点字　　　　　□音訳　　　　　　　□通訳（　　　　　語） |
| □介護　　　　□パソコン　　　□建築土木関係　　　□電気修理関係 |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **活動可能日** | □平日　　　　□土日祝　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **保護者の同意****（未成年の場合）** | この災害ボランティア登録に保護者として、同意します。　親権者　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　（続柄：　　　　　）　　　　　住所：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先： |
| **情報の提供** | 登録情報を災害時に、必要な範囲内で他の関係機関（市役所・消防・警察等）に提供することに同意されますか。　１同意する　　　　　　　　　　２同意しない |

**《光市社会福祉協議会・光市ボランティアセンター》**