

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない [団体名]		
緊急時の連絡先	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 他にある (連絡先:)		

活動内容	活動範囲	<input type="checkbox"/> 光市内 <input type="checkbox"/> 光市及び山口県内
	1.	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 運転 [<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 自二 <input type="checkbox"/> その他 ()] <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"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (級) <input type="checkbox"/> マッサージ師 <input type="checkbox"/> 理容師・美容師 <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"/> 手話 <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 音訳 <input type="checkbox"/> 通訳 (語) <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 建築土木関係 <input type="checkbox"/> 電気修理関係 <input type="checkbox"/> その他 ()
活動可能日	<input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 土日祝 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 親権者 氏名: (印) (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 <input type="checkbox"/> 2 同意しない <input type="checkbox"/>