

様式 1

受付番号	
受付年月日	年 月 日

**災害ボランティア登録申込書（個人用）**

田布施町社会福祉協議会会長 様

申込者氏名 \_\_\_\_\_

田布施町災害ボランティア事前登録要綱に基づき、災害ボランティアとして登録を申し込みます。  
また、登録情報を災害時に必要な範囲内で他の関係機関（役場・消防・警察等）に提供することに同意します。

ふりがな		生 年 月 日	
氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成	年 月 日
住 所	〒742 - 田布施町	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 (団体名: ) <input type="checkbox"/> ない		
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	可能な活動範囲	<input type="checkbox"/> 田布施町内	<input type="checkbox"/> 田布施町及び山口県内
	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・配布など）	
	2	<input type="checkbox"/> 労力支援（被災家屋の清掃やガレキ除去、家財道具の運搬など）	

◆災害支援に必要となる場合がありますので可能な限り次の該当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"/> 大型 <input type="checkbox"/> 普通 <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
特 技 等	<input type="checkbox"/> アマチュア無線 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 手話	<input type="checkbox"/> 点字	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 通訳 ( 語) <input type="checkbox"/> パソコン
活動可能日	<input type="checkbox"/> 建築土木関係 <input type="checkbox"/> 電気修理関係 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 平日	<input type="checkbox"/> 土日祝	<input type="checkbox"/> その他 ( )

親権者の同意 (18歳未満)	この災害ボランティア登録に保護者として、同意いたします。		
	<input type="checkbox"/> 親権者	氏名: _____ (印) (続柄: _____)	住所: 〒 _____ (連絡先: _____)