

受付番号	
受付日	平成 年 月 日
受付者	

災害ボランティア団体受付カード

新規 ・ 継続 (回目)	
ボランティア保険	加入 ・ 未加入

保険未加入者には活動のしょうかいができません。

団体名 ふりがな 代表者氏名			男性 人		
			女性 人		
			合計 人		
住所 (事務所)					
電話番号等 (事務所)	電 話 F A X	携 帯 電 話			
名 簿	氏名	住所	電話番号	資格・特技	備考

「備考欄」には、保険加入の有無が個別に分かるように「 」「×」で明記してください。
この様式に記載すべき事項が明記された名簿があればそれをご提出ください。