

受付番号	
受付日	平成 年 月 日
受付者	

災害ボランティア個人受付カード

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紹介ができません。

2回目以降の人は氏名のみ記入してください

ふりがな 氏名				
	性別	男 ・ 女	年齢	歳
住所				
電話番号等	自宅	携帯		
備考 (資格・特技等)	<p>資格</p> <p>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 手話通訳士、調理師、栄養士 アマチュア無線、大型運転免許、二輪運転免許</p> <p>特技等</p> <p>イラスト、パソコン、要約筆記、点字、音訳、手話、英会話、ボランティア コーディネーター経験、電気工事関係、建築土木関係、自動車・自転車修理 など</p>			