

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登録票

新規 ・ 継続 ( 回目)	
ボランティア保険	加入済 ・ 未加入

ふりがな 名前				
	性別	男 ・ 女	年齢	歳
住所				
電話番号等	自宅	携帯		
備考 (資格・特技)	<p><b>資格</b></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、手話通訳士、調理師、栄養士、アマチュア無線、二輪運転免許 など</p> <p><b>特技等</b></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、自転車修理 など</p>			

