

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登録票

団体名 <small>ふ り が な</small> 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 FAX			携帯 電話		
名簿	氏名	住所	電話番号	資格・特技	保険	

* 「保険欄」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