

ボランティア受付票（個人用）

受付日	年 月 日（ ）	受付番号	
受け付け	初めて ・ 2回以上	受付担当	

フリガナ		性別	男 ・ 女
名前		生年月日	年 月 日（ ）才
住所	〒 —		
電話番号	— —	携帯電話	— —
緊急連絡先			
活動予定期間	本日のみ ・ 年 月 日～ 年 月 日		
保険	加入済（ 保険）・未加入		
健康チェック	良好 ・ 心配なこと（ ） その他の病気 有（ ）・無 治ってないケガ 有（ ）・無		
血液型	<input type="checkbox"/> :A <input type="checkbox"/> :B <input type="checkbox"/> :O <input type="checkbox"/> :AB Rh <input type="checkbox"/> :+プラス <input type="checkbox"/> :-マイナス		
資格免許	<input type="checkbox"/> :運転免許（ <input type="checkbox"/> :普通 <input type="checkbox"/> :大型 <input type="checkbox"/> :自二 ） <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"/> :助産師 <input type="checkbox"/> :救急救命士 <input type="checkbox"/> :社会福祉士 <input type="checkbox"/> :介護福祉士 <input type="checkbox"/> :ホームヘルパー <input type="checkbox"/> :マッサージ師 <input type="checkbox"/> :理美容師 <input type="checkbox"/> :建築士（ 級） <input type="checkbox"/> :手話通訳士 <input type="checkbox"/> :調理師 <input type="checkbox"/> :栄養士 <input type="checkbox"/> :保育士 <input type="checkbox"/> :アマチュア無線 <input type="checkbox"/> :その他（ ）		
特技等	<input type="checkbox"/> :災害ボランティアの経験 <input type="checkbox"/> :イラスト <input type="checkbox"/> :パソコン <input type="checkbox"/> :介護 <input type="checkbox"/> :要約筆記 <input type="checkbox"/> :点字 <input type="checkbox"/> :手話 <input type="checkbox"/> :外国語通訳(語) <input type="checkbox"/> :電気工事関係 <input type="checkbox"/> :建築土木関係 <input type="checkbox"/> :自動車・自転車修理 <input type="checkbox"/> :事務 <input type="checkbox"/> :その他（ ）		
備考	_____ _____ _____ _____		

※ここに記載する個人情報はボランティアの登録・活動以外の目的で使用しません。