

災害ボランティアセンタースタッフ登録票

太線内を記入してください。

ふり 氏 が な 名		男 ・ 女	生年月日 (年齢)	年	月	日 (歳)
			血液型			
住 所	〒 —					
電 話	() —		携 帯		—	—
メールアドレス						
緊急 連絡 先	緊急時に上記以外の連絡先があれば記入してください。 TEL					
保 有 資 格 技 術	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師・保健師 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 通訳 (語) <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 建築士 <input type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> その他 ()					
■ ボランティア保険の加入状況 加 入 済 ・ 未 加 入 ■ 加入した市町村名 ()			■ 災害ボランティア活動の経験 あ る ・ な し ■ ある方は主な活動内容を記入してください。			
備 考						

※記載された情報は都留市社会福祉協議会において管理し、災害ボランティアセンター
スタッフ活動以外の目的には使用しません。

受付日 平成 年 月 日 ()	受付番号	受付者氏名
---------------------------------------	------	-------