# 表面

# ボランティア活動希望者 受付票（個人用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 年 月 日（ ） | 受付NO |  |

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。

※個人情報同意欄

ボランティア活動中に知り得た情報については、ボランティア以外の目的で使用しないことを誓います。

　　　　年　　　　月　　　　日　　　　氏名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ボランティア活動の経験→ 初めて ・ 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| フリガナ |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 名 前 |  | 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日  平成 （ ）歳 |
| 住 所 | 〒 | | |
| TEL・FAX |  | 携帯電話 |  |
| 緊急連絡先 | ※未成年の方のみお願いします | | |
| 活動希望分野 | 1.子ども　2.高齢者　3.障がい者　4.教育・文化・スポーツ　5.国際交流  6.環境保全・リサイクル　7.収集・募金・ドナー  8.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 活動希望  曜日・時間 |  | | |
| 活動場所 | 1.地域　2.施設　3.個人宅  4.どこでも | 相手性別 | 男性・女性・どちらでも |
| ボランティア活動保険 | 加入済 ・ 未加入 | | |
| 健康チェック | 良 好 ・ 心 配 な こ と  （　　　　　　　　　　） | その他の病気 有（ ） ・無 | |
| 持病・治ってないケガ  有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） ・ 無 | | |
| その他 | 活動に関して気になることなど | | |
| 備 考 |  | | |

# 裏面

# 資格・特技等について

|  |  |
| --- | --- |
| 資格免許 | □:運転免許（□:普通 □:大型 □:自二 ）  □:医師 □:薬剤師 □:看護師 □:保健師 □:助産師 □:保育士 □:歯科衛生士  □:救急救命士 □:社会福祉士 □:精神保健福祉士 □:介護福祉士  □:ホームヘルパー □言語聴覚 □:理学療法士 □:作業療法士  □:マッサージ師 □:理美容師 □:建築士（ 級） □:手話通訳士  □:調理師 □:栄養士 □:アマチュア無線 □:レク指導 □:情報処理  □:その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特技等 | □:災害ボランティアの経験 □:イラスト □:パソコン □:介護 □:要約筆記  □:点字 □:手話 □：朗読 □:外国語通訳（　　　　語） □:電気工事関係  □:スポーツ □:アウトドア □レクリエーション □:ドライブ □:音楽・映画鑑賞  □:建築土木関係 □:自動車・自転車修理 □:事務　 □:囲碁・将棋 □:楽器演奏  □:カラオケ □:手品・腹話術 □:演芸 □:陶芸 □:舞踊 □:人形劇・紙芝居  □:その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※これより下には何も記入しないでください。 　　　　　　　　　　　受付者：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 調整記録 |  |  |