# 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 |  |  |