

ボランティア申し込みフォーム

月 日 ( )

ふりがな 氏 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
ふりがな 住 所	〒		
電話番号	自宅： 携帯： FAX：	職業	
緊急連絡先	電話番号： 氏名： (万が一、ボランティア中に事故があった場合に、連絡が取れる身内の方の名前と電話番号)		
生年月日	西暦 年 月 日 才		
メールアドレス	※添付資料が受け取れるアドレスをお持ちの場合は、必ずご記入下さい。		
ベースへの 宿泊	不要 ・ 必要		
活動 期 間	宿泊者用	到着： 月 日 ( ) ( <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 ) 時 分頃 出発： 月 日 ( ) ( <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 ) 時 分頃 【泊 日】※ <input type="checkbox"/> 到着日朝から活動 ※ <input type="checkbox"/> 活動終了後に出発	
	非宿泊者用	記入例： 8/30, 9/1, 9/8～9/12	
交通機関	<input type="checkbox"/> 車持ち込み ・ <input type="checkbox"/> 公共交通機関 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
サポセンでの 活動経験の 有無	当サポートセンターでのボランティア活動に ・ <input type="checkbox"/> 参加したことがある (前回活動： ____年__月 頃) ・ <input type="checkbox"/> 初参加		
資 格	※ボランティア期間中現地で車を運転することが出来ますか？ <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ ( AT ・ MT   運転年数 年 )		
備 考	団体名、学校名・所属教区など *同行の方はいますか？ <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい→グループの人数(ご自身含む)と代表者名【 名 代表者： 】		

ボランティア活動保険 (天災タイプ) に加入した事を確認してください。  
※必ず地元の社会福祉協議会で加入してください。ご加入していない場合は活動出来ません。