

名張市災害ボランティア支援センター登録票

受付日	年 月 日 ()	受付者	受付場所	社協・市役所・市民情報交流センター	
フリガナ				男・女	満 歳
氏 名					
連絡先 <small>(可能な方法をすべてお書きください。)</small>	住 所	〒			
	電話番号		F A X		
	携帯電話				
	E-mail (<input type="checkbox"/> P C ・ <input type="checkbox"/> 携帯)				
	インターネット環境	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
情報の配信	※配信方法の優先順位は、メール配信⇒FAX配信⇒電話となります。 <input type="checkbox"/> メール配信 <input type="checkbox"/> F A X 配信 <input type="checkbox"/> 電話				
緊急連絡先 <small>(現住所以外に常時連絡可能な連絡先を記入してください)</small>	フリガナ				あなたとの関係：
	氏 名				連絡先
	住 所				
健康状況	留意する疾病や活動を制限する状況等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (アレルギー・服薬等の状態含む)			
	血液型	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> A B // R h <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
	その他健康状況での特記事項				
活用できる資格	<input type="checkbox"/> 運転 (<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 特殊 <input type="checkbox"/> 自二 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 教員免許 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (級) <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 手話通訳士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 建築士 <input type="checkbox"/> 理容師・美容師 <input type="checkbox"/> アマチュア無線 <input type="checkbox"/> 防災ボランティアコーディネーター養成研修等修了 <input type="checkbox"/> その他 ()				
特技等	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 音訳 <input type="checkbox"/> 通訳 (語) <input type="checkbox"/> 建築土木関係 <input type="checkbox"/> 自動車修理 <input type="checkbox"/> 電気工事関係 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> その他 ()				
ボランティア経験	<input type="checkbox"/> 経験なし				
	<input type="checkbox"/> 経験あり (経験のある活動内容：		所属団体：		
	<input type="checkbox"/> 災害時のボランティア経験 (経験地： 経験ある活動内容：)				
<input type="checkbox"/> 災害時のボランティアコーディネーター経験 (経験地：)					
希望する活動					
活動できる場所	名張市内 ・ 三重県内 ・ 被災地				
活動できる日	平日 ・ 休日 ・ いつでも ・ 未定				
ボランティア活動保険加入状況	加入状況	<input type="checkbox"/> 加入済 ・ <input type="checkbox"/> 未加入		<input type="checkbox"/> 加入済 ・ <input type="checkbox"/> 未加入	
	加入プラン	<input type="checkbox"/> 基本A ・ <input type="checkbox"/> 基本B		<input type="checkbox"/> 天災A ・ <input type="checkbox"/> 天災B	
	加入年月日				
	加入社協名				

※なお、現地では、各被災地にボランティアの受け入れ態勢が整っていないため、事前の登録受付としていますが、正式な協力要請が入り次第、活動時期・期間、交通手段等の情報を確認した上で、ボランティアの活動調整を行いますので、あらかじめご了承ください。

※個人情報の取扱いについて

「登録票」に記載された個人情報は、災害救援ボランティア活動での連絡や活動調整以外には使用しません。