

ふりがな			生年月日	歳	男・女
氏名			年 月 日		
住所	〒				
日中連絡がとれる連絡先	連絡先：				
メールアドレス					
緊急連絡先	名前	続柄	連絡先（電話番号）		
疾患等について	普段の血圧（ / ） 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	基礎疾患等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（疾患名： ）				
	血液型： <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB / RH <input type="checkbox"/> +プラス <input type="checkbox"/> -マイナス <input type="checkbox"/> 不明				
活動希望	曜日	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 活動できる曜日に○（月 火 水 木 金 土 日 祝）			
	時間	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 午前のみ <input type="checkbox"/> 午後のみ			
	場所	<input type="checkbox"/> 市内全域 <input type="checkbox"/> 滝根 <input type="checkbox"/> 大越 <input type="checkbox"/> 都路 <input type="checkbox"/> 常葉 <input type="checkbox"/> 船引 <input type="checkbox"/> 市外			
	内容	<input type="checkbox"/> どちらでも <input type="checkbox"/> 被災者支援（自宅や避難所等） <input type="checkbox"/> 災害ボランティアセンター運営補助			
特技	<input type="checkbox"/> 災害ボランティアの経験 <input type="checkbox"/> 重労働 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 通訳（ 語） <input type="checkbox"/> 電気工事関係 <input type="checkbox"/> 建築土木関係 <input type="checkbox"/> 自動車自転車修理 <input type="checkbox"/> 演奏・演舞 <input type="checkbox"/> 読み聞かせ <input type="checkbox"/> 傾聴 <input type="checkbox"/> 子守り <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> サロン <input type="checkbox"/> あそび <input type="checkbox"/> その他（ ）				
資格	<input type="checkbox"/> 運転免許（ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 大特） <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 手話通訳士 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> マッサージ師 <input type="checkbox"/> 理美容師 <input type="checkbox"/> 建築士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> アマチュア無線 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
専門活動	<input type="checkbox"/> 医療・救護活動 <input type="checkbox"/> 看護・介護補助 <input type="checkbox"/> ペットの世話 <input type="checkbox"/> 高所作業 <input type="checkbox"/> 通訳等外国人支援（ 語） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
その他	【災害ボランティア時持参できる資機材等】 例：軽トラ、角スコップ、一輪車、ジャッキ、ヘッドライト 等				
保護者の同意 ※未成年者の場合 記入必須	災害ボランティア登録について、保護者として同意します。 保護者 氏名： <input type="checkbox"/> （続柄 <input type="checkbox"/> ） 住所： 連絡先：				