

受付	月 日	No.		受付地域	
----	-----	-----	--	------	--

萩市災害ボランティアセンター スタッフボランティア登録票

社会福祉法人 萩市社会福祉協議会 会長様

次のとおり 新規登録 ・ 継続登録 をします。

↓ 枠内をご記入ください

平成 年 月 日現在

フリガナ 氏名	性別		生年月日	
	男 ・ 女		S ・ H	年 月 日 (歳)
*18歳未満の方は、以下に○をつけてください。 保護者の承諾 → 済 ・ 未 保護者名 :				
住所	〒 ー			
連絡先 ()内に優先 順位を記入	自宅	()		
	FAX	()		
	携帯電話	()		
	メールアドレス(携帯)	()		
	メールアドレス(PC)	()		
所属	<input type="checkbox"/> 学校	名称:	所在地:	
	<input type="checkbox"/> 会社	名称:	所在地:	
	<input type="checkbox"/> 団体	名称:	所在地:	
	<input type="checkbox"/> その他			
資格・免許等	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 教員(小・中・高) <input type="checkbox"/> 救命救急士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <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"/> 手話通訳士 <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"/> 運転免許 ⇒ 普通 ・ 大型 ・ 重機 <input type="checkbox"/> その他()			
特技等	<input type="checkbox"/> イラスト <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 語学() <input type="checkbox"/> 建築土木関係 <input type="checkbox"/> 電気工事関係 <input type="checkbox"/> その他()			
ボランティア 活動経験	被災地での活動 / 有 ・ 無 具体的な活動内容: 萩市災害ボランティアセンタースタッフ養成講座受講 / 済 ・ 未			
活動可能日	<input type="checkbox"/> 主に土日 <input type="checkbox"/> 主に平日 <input type="checkbox"/> その他()			
特記事項				

*いただいた個人情報は、災害時の連絡及び支援活動に必要な範囲で、萩市社会福祉協議会が他の関係機関に提供させていただく場合があります。なお、平常時においては、本人の許可なく第三者に情報提供することはありません。