

ボランティア受付票

太枠内を記入または該当するものに○をしてください。

2011年 月 日 ()

ふりがな 氏名	性別		生年月日 (西暦)			
	男・女		年	月 日 (歳)		
教会名	教区		教会			
住所	〒 -					
連絡先	自宅	-	-	緊急 連絡先	氏名	(続柄)
	携帯	-	-		電話	-
	Email				携帯	-
血液型	A B O AB (Rh + - 不明)					
滞在期間	月 日 から 月 日 まで (日間可能)					
到着日時	月 日 時間:		到着場所:			
出発日時	月 日 時間:		(※日立を出発する日時です)			
ボランティア経験	初めて 経験あり ()					
資格	<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"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> マッサージ師 <input type="checkbox"/> 建築士 <input type="checkbox"/> 理美容師 <input type="checkbox"/> 手話通訳士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 運転免許 (普通・中型・大型) <input type="checkbox"/> その他 ()					
特技等	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 外国語 (語) <input type="checkbox"/> 電気工事関係 <input type="checkbox"/> 建築土木関係 <input type="checkbox"/> 日曜大工 <input type="checkbox"/> 自動車・自転車修理 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> その他 ()					
保護者の承認	印 (申込者が未成年の場合)					
備考欄						
その他 特記事項						

※ここに記載されている個人情報については、本人の許可なく災害ボランティアにかかる業務以外に使用いたしません。また、第三者に提供することも致しません。