

個人

災害時支援ボランティア活動登録申請書

		登録年月日	年	月	日
ふりかな		性別	生年月日		年齢
氏名		男 女	(西暦) 年		
			月	日	
住所	〒 -	電話番号			
		携帯電話			
		E-MAIL			
資格・免許					
希望する活動内容	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ボランティアコーディネーター <input type="checkbox"/> ボランティアリーダー・アドバイザー <input type="checkbox"/> パソコン作業(ホームページ作成等) <input type="checkbox"/> パソコンデータ入力 <input type="checkbox"/> 事務処理 <input type="checkbox"/> 避難所手伝い(掃除、片づけ) <input type="checkbox"/> 避難障害者・高齢者の話し相手等 <input type="checkbox"/> 救護物資仕分け、運搬 <input type="checkbox"/> 食事配送 <input type="checkbox"/> 調理、炊き出し手伝い </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 在宅高齢者・障害者の家事、介助 <input type="checkbox"/> 家財道具の搬出、引っ越し手伝い <input type="checkbox"/> 被災者等の移送サービス <input type="checkbox"/> 在宅高齢者・障害者の実態調査 <input type="checkbox"/> 避難所調査、現況調査 <input type="checkbox"/> 通訳() <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> 視覚障害者ガイド <input type="checkbox"/> 車いす介助 <input type="checkbox"/> 写真、ビデオ撮影などの記録 </div> </div>				
専門職を活かした活動	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> カウンセラー <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> プログラマー <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 心理療法士 <input type="checkbox"/> アマチュア無線 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> その他()				
活動可能な地域	<input type="checkbox"/> 全市内 <input type="checkbox"/> 高砂地区 <input type="checkbox"/> 荒井地区 <input type="checkbox"/> 伊保地区 <input type="checkbox"/> 中筋地区 <input type="checkbox"/> 曾根地区 <input type="checkbox"/> 米田地区 <input type="checkbox"/> 阿弥陀地区 <input type="checkbox"/> 北浜地区 <hr/> <input type="checkbox"/> 近隣市町 <input type="checkbox"/> 東播磨 <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 近畿 <input type="checkbox"/> 全国				
活動可能な曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日				
ボランティア活動の有無	<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 経験有り(具体的に)				
その他特記事項	_____ が、活動登録することに同意します。保護者 _____				