

くるみの里ボランティアバンク登録用紙

受付No.	
受付年月日	年 月 日
受付者氏名	

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女		歳
連絡先	住所 〒 _____ 電話番号: _____ ファクシミリ: _____ 携帯電話番号: _____ メールアドレス: _____			
希望する活動分野	該当する分野の□にレ点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 高齢者支援 <input type="checkbox"/> 障がい児・者支援 <input type="checkbox"/> 子育て支援 <input type="checkbox"/> 災害支援 <input type="checkbox"/> 生活支援(買物、掃除など) <input type="checkbox"/> 移動支援(車の運転、手伝い等) <input type="checkbox"/> 福祉施設支援 <input type="checkbox"/> 福祉イベント(行事)支援 <input type="checkbox"/> その他 具体的内容 [_____]			
希望する活動地域	主に活動を希望する地域に○をつけてください。 1. 市内全域 2. 地区限定【 ①田中地区 ②滋野地区 ③祢津地区 ④和地区 ⑤北御牧地区 】			
希望する活動日/時間帯	該当する活動日の□にレ点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 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"/> その他 (_____) 時 分 ~ 時 分 / 特になし			
もっている免許・資格技術・特技	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり 具体的内容 [_____]			
希望する配信方法	該当する配信方法の□にレ点をつけてください。 <input type="checkbox"/> メール配信 <input type="checkbox"/> ファクシミリ <input type="checkbox"/> 郵送 ※できる限りメール配信をお願いします。又郵送の場合は情報提供が遅れる場合があります。			
活動経験				
備考				
ボランティア連絡協議会への入会		する・しない	登録解除日	年 月 日