

災害ボランティア登録カード

No. _____

受付 年 月 日

ふりがな			
氏名			性別 男 女
住所	〒496- 津島市		
電話番号	携帯 自宅 FAX e-mail	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
既往歴等	(血液型) O・A・B・AB Rh+ Rh- (健康状態) 良い 普通 悪い (病歴) (服用している薬等)		
災害ボランティア経験	有 ・ 無		
災害ボランティア経験 有 の方は活動場所等			
ボランティア保険加入	有 (A・B・C 災害特約 有・無) ・ 無		
災害ボランティアコーディネーター養成講座受講	有 ・ 無		
希望する活動場所			
希望する活動内容			
資格等	普通自動車免許・大型自動車免許・特殊自動車免許・医師・歯科医師・薬剤師・看護師 保健師・柔道整復師・介護福祉士・精神保健福祉士・栄養士・調理師・理容師・美容師 大工・左官・その他()		
技術等	手話・要約筆記・点字・通訳・その他()		
緊急連絡先	(氏名)	(続柄)	(電話番号)
備考			