

様式1(個人用)

雪かきボランティア登録カード

ふりがな 氏名		生年月日	昭・平 西暦	年	月	日
		性別(任意)	(才)			
住所	〒 石川県					
電話番号	(携帯電話)					
Mail(任意)						
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 持病あり ↓ 持病について、雪かき活動を行う上での主治医の意見 <input type="checkbox"/> 活動可 <input type="checkbox"/> 条件付で可(条件: )					
活動 可能日	<input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> 曜日を指定する(可能日 月 火 水 木 金 土 日 祝 ) <input type="checkbox"/> 時間帯を指定する(可能時間 午前 午後 ) <input type="checkbox"/> その他の指定( )					
ボランティア 保険	<input type="checkbox"/> 加入済み <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 不明 ※未加入・不明の方は登録時にこちらから連絡させていただきます。					
雪かき経験	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
その他 連絡事項						

雪かきボランティア活動同意書 (活動者が高校生の場合に記入)

上記の者が雪かきボランティア活動を行うことについて、同意します

保護者・親権者	(氏名 自署)
連絡先住所	<input type="checkbox"/> 上記に同じ <input type="checkbox"/> 上記と別(〒 )
電話番号	

※ 本登録情報は雪かきボランティアに関する日程調整、連絡、本会からの情報提供、行政、警察または保健所等  
 公的機関からの照会に応じる以外に使用しません。

※ 登録は、本人から申し出がない限り、翌年度以降も継続されます。

※ 団体登録される場合は別の様式となります。

※ 様式は本会ホームページまたは市民活動・ボランティアセンターでも配布しています

FAX: 076-276-4535

添書不要