

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	(才)
		性別 (任意)					
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