

【個人】阿賀町ボランティア登録カード

- ご記入いただいた個人情報等は、ご記入者の了解なしには公表することはありません。
- ボランティア登録者はボランティア活動保険（Aタイプ）への加入手続きを行います。（掛け金は本センターにて負担します）

申込日：R 年 月 日

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日
氏名		年齢	歳	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
住所	〒 ー			
電話番号		FAX 番号		
携帯番号		メール		
勤務・在学先		勤務・在学先 電話番号		
登録後の 連絡方法	<input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他（ ）			
趣味・特技				
活動動機	<input type="checkbox"/> 自分の時間を有効に使いたい <input type="checkbox"/> 人や社会の役に立ちたい <input type="checkbox"/> 技術・能力を活かしたい <input type="checkbox"/> グループ活動に参加したい <input type="checkbox"/> その他（ ）			
保有資格	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ヘルパー（1級、2級、3級） <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 理容師・美容師 <input type="checkbox"/> 教員免許（幼稚園、小学校、中学校、高校） <input type="checkbox"/> アマチュア無線 <input type="checkbox"/> 運転免許（大型、中型、普通） <input type="checkbox"/> 特殊免許 <input type="checkbox"/> 大工工務技術 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
交通手段 (ボランティア時)	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共機関 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
活動地域	<input type="checkbox"/> 町内（ 校区） <input type="checkbox"/> 町内全域 <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
活動日	<曜日> <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜 <input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 祝日 <時間> <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夜間 <時間詳細>（ : ~ : ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			

【緊急連絡先】

ふりがな 氏名		登録者との関係	
住所	(〒 ー)	電話番号 携帯番号	

裏面のご記入をお願いいたします

