

令和6年度 弘前市災害ボランティア事前登録票(個人用)

記入日	R 年 月 日	受付日：R 年 月 日		
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話番号	
氏名			生年月日	S・H 年 月 日
現住所	〒			年齢
E-mail	_____@_____			
緊急連絡先	様方（続柄： _____ /電話番号： _____）			
ボランティア活動 保険の加入状況	<input type="checkbox"/> 基本プラン <input type="checkbox"/> 天災・地震補償プラン <input type="checkbox"/> 特定感染症重点プラン <input type="checkbox"/> 未加入			
健康状態	ふだんの血圧	心臓病	治っていないケガ	その他の病気
	／	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ ）
血液型： <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB / / Rh： <input type="checkbox"/> +プラス <input type="checkbox"/> -マイナス <input type="checkbox"/> 不明				
資格・免許	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> マッサージ師 <input type="checkbox"/> 理美容師 <input type="checkbox"/> 建築士（ _____ 級） <input type="checkbox"/> 手話通訳士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 運転免許（ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 大型特殊） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
特技等	<input type="checkbox"/> 災害ボランティアの経験 （活動内容： _____） <input type="checkbox"/> イラスト <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 料理 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 通訳（ _____ ）語 <input type="checkbox"/> 子どもの話し相手・遊び相手 <input type="checkbox"/> 電気工事関係 <input type="checkbox"/> 建築土木関係 <input type="checkbox"/> 自動車・自転車修理 <input type="checkbox"/> 地理／土地感 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
保護者の同意 (18歳未満の場合)	弘前市社会福祉協議会が募集する災害ボランティア登録に、保護者として同意します。 保護者氏名： _____ 住所： _____ 電話番号： _____ （緊急時連絡先）			
備考	<div style="text-align: right;">※保護者の自署をお願いします。</div>			

※災害以外のボランティア活動に関する情報提供を希望します。 はい いいえ
 ※ボランティア活動中の写真を広報等に使用することに同意します。 はい いいえ