

月 日

## ボランティア受付票（個人用）

受付時間	時 分	受付者氏名	
------	-----	-------	--

太線内を記入して下さい。

(体温 ℃)

受付の状況	初めて ・ 回目（前回は活動した日）		
ふりがな 氏名		男・女	歳
住所	〒 -		
T E L	(携帯) (緊急連絡先)	(自宅) [ 様方]	
ボランティア 保険	加入済み ・ 未加入		
活動期間	本日のみ ・ 月 日から 月 日まで（ 日間可能）		
ボランティア 経験	初めて ・ 経験あり（ ）		
資格	<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"/> 助産士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 救命救急士 <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 <input type="checkbox"/> 手話通訳士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
特技等	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 通訳（ 語） <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"/> パソコン <input type="checkbox"/> その他（ ）		
保険確認		活動種類	一般・STAFF・専門（ ）
その他 特記事項			