

フリガナ 氏 名			住 所	〒
年 齢	10代 20代 30代 40代 50代 60代 70代 80歳以上			
連 絡 先	<input type="checkbox"/> 自宅電話		<input type="checkbox"/> 携帯電話	
	<input type="checkbox"/> FAX		<input type="checkbox"/> E-mail	
	<input type="checkbox"/> その他			
活 動 内 容	具体的に記入			
活 動 対 象 者	<input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 少年 <input type="checkbox"/> 青年 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
活 動 可 能 エ リ ア	<input type="checkbox"/> 市内全域 <input type="checkbox"/> 磐田地区 <input type="checkbox"/> 福田地区 <input type="checkbox"/> 竜洋地区 <input type="checkbox"/> 豊田地区 <input type="checkbox"/> 豊岡地区 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
活 動 可 能 日	<input type="checkbox"/> 日時が合えば、いつでも可 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
依頼者側が 用意するもの		依頼者側 実費	※1人あたり〇円、1回△円など	
備 考 欄				

■ご記入いただいた個人情報は、ボランティア活動に関すること以外に使用いたしません。

私は、以下の条件を承知で登録します。

1. 無償で地域活動に協力することができます。
2. 現地まで自力で出向くことができます。
3. 自分たちの特技や能力を活かし、地域貢献することを目的としています。
4. ボランティア活動保険に加入します。
5. 依頼者に連絡先を教えることを承知しています。

令和 年 月 日

署名 _____

団体用

個人情報の取扱いには十分注意し、目的以外には使用しません。
ボランティア活動保険の加入に必要ですので、名簿の提出をお願いします。
既存の名簿があれば、そちらの名簿提出で構いません。
基本プラン 350 円は、市からの補助で賄われ、自己負担はありません。

ボランティア活動保険加入者名簿

団体名： _____

No.	氏 名	No.	氏 名
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

