

## 災害ボランティア登録受付票（個人用）

受付日	年 月 日 ( )	受付NO	
-----	-----------	------	--

※ここに記載する個人情報はボランティアの登録・活動以外の目的で使用しません。

フリガナ				性別	男 ・ 女		
名 前				生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 ( ) 才	
住 所	〒						
TEL				携帯電話			
緊急連絡先	上記以外にあれば記入してください						
ボランティア 活動保険	加入済 ・ 未加入						
健康チェック	良 好 ・ 心 配 な こ と			その他の病気 有 ( ) ・ 無			
	治ってないケガ 有 ( ) ・ 無						
血液型	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						
備 考							

