

令和 年度 個人ボランティア登録カード

《さつま町社会福祉協議会》

記入日 令和 年 月 日

フリガナ								
名前								
住所	〒□□□-□□□□							
	さつま町							
	連絡先Tel	—		携帯	—			
生年月日	昭和 平成	年	月	日生	年齢	代	性別	職業
資格 と 得意分野	※ □の欄にチェックを入れてください。							
	<input type="checkbox"/> 普通免許	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 安否確認					
	<input type="checkbox"/> 大型免許	<input type="checkbox"/> 理・美容師	<input type="checkbox"/> ゴミだし(分別含む)					
	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	<input type="checkbox"/> 教員免許	<input type="checkbox"/> 子育てサポート					
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> 介護ヘルパー	<input type="checkbox"/> 調理師	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> 観光ガイド	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> 保育士	<input type="checkbox"/> 傾聴(話し相手)	<input type="checkbox"/>					
あなたがボランティアとして出来る事を詳しく書いてください								

活動時間(活動できる時間帯に○印をしてください。)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
夜間							
随時							
備考							

ボランティア活動の経験と内容	<input type="checkbox"/> 経験はある { } <input type="checkbox"/> 個人で活動 { } <input type="checkbox"/> グループに所属 { }	活動年数 年 <input type="checkbox"/> 経験はない
----------------	--	---

☆ はい・いいえのどちらかでお答えください

登録された方で、活動の要望があった場合ご協力をお願いをしてもよろしいですか。 はい・いいえ

ボランティアに関する養成講座や研修がある場合、ご案内してもよろしいですか。 はい・いいえ

ボランティア保険の加入について	1、わたくしは、個人でボランティア活動保険に加入します () ※さつま町社会福祉協議会(宮之城ひまわり館)窓口にて加入申込をお願い致します。【保険料加入者負担】 2、今年度のボランティア活動保険には、加入いたしません () 3、今年度は、団体ボランティアの方で加入いたしました ()
-----------------	---