

## 災害ボランティア登録カード

新規	継続	受付番号〔      〕						
ふりがな 氏名			性別	男・女	年齢	歳	血液型	型
	連絡先（本人）	〒						
	住 所：							
	電話番号：		(                      )					
	携帯電話：		(                      )					
緊急連絡先 （本人以外）	〒							
	住 所：							
	電話番号：		(                      )					
	携帯電話：		(                      )					
所属(ボランティア 団体・企業名)								
災害ボランティア 活動経験の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
ボランティア保険 の加入	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない							
活動可能期間 （予定）	年   月   日   ～   年   月   日							
資格・特技等								
備 考								

※この登録カードに記載された情報は、宇和島市災害ボランティアセンターが行う災害ボランティア活動以外には、利用いたしません。