

## 令和 年度 個人ボランティア登録票

ふりがな			性別	男・女
氏名				
生年月日	T・S・H 年 月 日 ( 歳)			
住所	〒949 - 南魚沼市 番地			
連絡先	電話 ( ) -			
	F A X ( ) -			
	E-mail @			
活動分野	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障がい児・者(知的・身体・精神) <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 環境・美化 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他( )			
活動内容	<input type="checkbox"/> 高齢者関係(特養・老健・デイサービス・グループホームなど) <input type="checkbox"/> 障がい者関係(授産施設・作業所など) <input type="checkbox"/> 児童関係(学童・保育園など) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 点訳 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 朗読・読み聞かせ <input type="checkbox"/> 収集 <input type="checkbox"/> 余興 <input type="checkbox"/> 災害・福祉救援			
	活動先施設名等( )			
	在宅支援： <input type="checkbox"/> 傾聴・話し相手 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯・買い物・調理 <input type="checkbox"/> その他( )			
具体的な活動内容を簡潔にご記入下さい。 例) 月1回、施設で利用者の話し相手活動を実施 など <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>				
所属グループ	有・無 グループ名( )			
ボランティア活動保険	未加入・加入済( 月 日)			
備考				

※事務局記入欄

登録 No.		保険料自己負担分 (200円)	未受領・受領済
登録日	令和 年 月 日		受領日( 月 日)