

福祉体験学習サポーター登録カード（個人）

越谷市社会福祉協議会ボランティアセンター

個人番号		登録日	平成	年	月	日			
受付日	平成	年	月	日	登録抹消日	平成	年	月	日

氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
住所	〒 _____					
生年月日	S・H	年	月	日	年齢	歳
連絡先	電話・FAX	/				
	携帯電話					
	メールアドレス	@				
緊急連絡先	〒 _____		続柄			
	_____		電話 FAX			
*今までに行ったことがあるボランティア活動があれば、ご記入ください。						
アンケート	*『福祉体験学習サポーター募集』を何で知りましたか。 <input type="checkbox"/> ちらし <input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> 福祉推進員への案内 <input type="checkbox"/> ボランティア情報誌『ぴゅあ』 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					

*ご記入いただいた個人情報は、福祉体験学習サポーターに関する活動以外で使用することはありません。

