

越谷市災害ボランティア登録カード（団体）

No. _____

社会福祉法人越谷市社会福祉協議会会長 宛

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(ふりがな) 団体の名称			人数 (可・否)	男 _____ 人、女 _____ 人 計 _____ 人	
(ふりがな) 代表者の氏名				性別 男 女	
団体の概要 (可・否)					
事務所の所在地	〒 _____ 都・道・府・県		市・町・村 _____		
代表者の住所 (可・否)	〒 _____ 都・道・府・県		市・町・村 _____		
事務所の連絡先 (可・否)	電話： _____	_____ (事務所)	FAX： _____	_____	
代表者の電話・ FAX番号(可・否)	電話： _____	_____ (自宅)	FAX： _____	_____	
E-Mailアドレス (可・否)	_____ @ _____				
活動専門分野及び 取得している資格、 免許等(可・否)	活動できる専門分野		資格、免許等(参考)		人数計
	<input type="checkbox"/> ボランティアコーディネーター			<input type="checkbox"/> 経験有り	
	<input type="checkbox"/> 心のケア			<input type="checkbox"/> 臨床心理士や心理カウンセラーの資格有り	
	<input type="checkbox"/> 乳幼児保育			<input type="checkbox"/> 保育士、幼稚園教諭の資格有り	
	<input type="checkbox"/> 介護			<input type="checkbox"/> 介護福祉士の資格有り	
	<input type="checkbox"/> 手話通訳			<input type="checkbox"/> 登録手話通訳選考試験に合格した <input type="checkbox"/> 手話通訳技能認定試験に合格した	
	<input type="checkbox"/> 外国語通訳			通訳可能言語(日常会話程度以上) <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> ハングル <input type="checkbox"/> タイ語 <input type="checkbox"/> タガログ語 <input type="checkbox"/> ベトナム語 <input type="checkbox"/> カンボジア語 <input type="checkbox"/> ペルシャ語 <input type="checkbox"/> スペイン語 <input type="checkbox"/> ポルトガル語 <input type="checkbox"/> フランス語 <input type="checkbox"/> ドイツ語 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
<input type="checkbox"/> 情報・通信			<input type="checkbox"/> バイク免許有り <input type="checkbox"/> アマチュア無線免許有り・無線機あり <input type="checkbox"/> アマチュア無線免許有り・無線機なし		
<input type="checkbox"/> 土木・建築			<input type="checkbox"/> 建築士の資格有り <input type="checkbox"/> 重機等特殊車両操作免許又は資格有り		
上記以外で災害 ボランティア活動 ができる分野					
その他特記事項					

※ 団体の構成員に未成年の者がいる場合には、登録にあたって保護者の同意が得られていることが必要になります。

※ 上記のうち、団体の名称、事務所の所在地、代表者の氏名、代表者の居住市町村は必須公開事項とし、「登録者名簿」へ登載しますので、御了承ください。

また、上記のうち(可・否)とあるものは、任意公開事項です。「登録者名簿」への登載が可能なものは「可」に○を記入してください。

なお、登録いただいた情報は、災害ボランティアに関する項目以外には使用しません。

上記の必須公開事項及び任意公開事項のうちの「可」と記入した事項について「越谷市災害ボランティア登録者名簿」に公開することを了承するとともに、「災害ボランティア登録要綱」を遵守します。

氏名(署名) _____

越谷市災害ボランティア登録カード（個人）

No. _____

社会福祉法人越谷市社会福祉協議会会長 宛

記入年月日

年 月 日

(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	性別	血液型
			男・女	
住 所 (可・否)	〒 _____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村 _____			
電話・FAX番号 (可・否)	電話： _____	(自宅) FAX： _____	_____	_____
E-Mailアドレス (可・否)	_____ @ _____			
	_____ @ _____			
活動専門分野及び 取得している資格、 免許等(可・否)	活動できる専門分野		資格、免許等(参考)	
	<input type="checkbox"/> ボランティアコーディネーター	<input type="checkbox"/> 経験有り		
	<input type="checkbox"/> 心のケア	<input type="checkbox"/> 臨床心理士や心理カウンセラーの資格有り		
	<input type="checkbox"/> 乳幼児保育	<input type="checkbox"/> 保育士、幼稚園教諭の資格有り		
	<input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> 介護福祉士の資格有り		
	<input type="checkbox"/> 手話通訳	<input type="checkbox"/> 登録手話通訳選考試験に合格した <input type="checkbox"/> 手話通訳技能認定試験に合格した		
	<input type="checkbox"/> 外国語通訳	通訳可能言語(日常会話程度以上) <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> ハングル <input type="checkbox"/> タイ語 <input type="checkbox"/> タガログ語 <input type="checkbox"/> ベトナム語 <input type="checkbox"/> カンボジア語 <input type="checkbox"/> ペルシャ語 <input type="checkbox"/> スペイン語 <input type="checkbox"/> ポルトガル語 <input type="checkbox"/> フランス語 <input type="checkbox"/> ドイツ語 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
<input type="checkbox"/> 情報・通信	<input type="checkbox"/> バイク免許有り <input type="checkbox"/> アマチュア無線免許有り・無線機あり <input type="checkbox"/> アマチュア無線免許有り・無線機なし			
<input type="checkbox"/> 土木・建築	<input type="checkbox"/> 建築士の資格有り <input type="checkbox"/> 重機等特殊車両操作免許又は資格有り			
上記以外で災害 ボランティア活動 ができる分野				
ボランティア団体 に所属している場合、 その団体名				
その他特記事項				
保護者の同意 (未成年者の場合)	保護者氏名(署名) _____ 印			

※ 上記のうち、氏名、居住市町村は必須公開事項とし、「登録者名簿」へ登載しますので、ご了承ください。

また、上記のうち(可・否)とあるものは、任意公開事項です。「登録者名簿」への登載が可能なものは「可」に○を記入してください。

なお、登録いただいた情報は、災害ボランティアに関する項目以外には使用しません。

上記の必須公開事項及び任意公開事項のうち「可」と記入した事項について「越谷市災害ボランティア登録者名簿」に公開することを了承するとともに、「災害ボランティア登録要綱」を遵守します。

氏 名(署名) _____