

稲沢市市民活動支援センター個人登録申込書（兼登録台帳） [No.]

登録申込	平成 年 月 日	受付者							
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	T・S・H 年 月 日					
氏 名									
住 所	〒		[TEL]					
			[FAX]					
			[携帯]					
職 業 ※該当する□ にマークして ください。	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 勤労者 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他() [学校名：]								
ボランティ ア活動経験	有 ・ 無	[内容] [年数]							
メールアドレス (パソコン・携帯)	@								
[希望する活動内容] ※該当する□にマークしてください。									
対 象	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> その他 ()								
場 所	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()								
形 態	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> グループ								
頻 度	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 単発								
[活動可能な日時] ※該当欄に○印をつけて下さい。			[移動手段] ※該当する□にマークしてください。						
	月	火	水	木	金	土	日	祝	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他 ()
午前									
午後									
夜間									
その他 ()			[ボランティア保険加入の有無] <input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない ※該当する□にマークしてください。						
[ボランティアとして提供できる趣味や特技]					[資格・免許]				
[ご意見やご希望があれば自由にお書き下さい]									
ボランティア活動 に関する情報提供	ボランティア活動に関する照会があった場合、相談者に上記の個人情報（氏名、連絡先など）を提供してよいか。 ※□にマークしてください。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
備 考									