

# 個 人 ボ ラ ン テ ィ ア 登 錄 票

受付 令和 年 月 日

長沼町社会福祉協議会

ふりがな 氏名		男・女	S・H・R	年	月	日 (歳)	
住所	〒 長沼町 (区)	電話					
		携帯					
		メール					
職業							
所属ボランティア団体	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 無し</li> <li>• 有り (所属団体を記載) ( )</li> </ul>						
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ふれあい電話 (電話による安否確認)</li> <li>• ふれあいサロン (調理やレク、送迎など)</li> <li>• 災害ボランティア</li> <li>• その他のボランティア活動</li> </ul>						
	協力していただける事業に○印をつけて下さい						
	活動時期	活動時期について特に希望がある場合は○印を      冬期間    •    夏期間    •    通年					
	交通手段	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 自家用車</li> <li>• 公共交通機関</li> <li>• 自転車、徒歩</li> <li>• その他 ( )</li> </ul>					
	資格活動に趣味か 特技	例    • • • 介護関連資格、調理師免許、他。 手芸、陶芸、木工、他。					
備考							