

災害ボランティア同行 申込書

氏名(フリガナ)		性別
		男・女
生年月日		年齢
S・H 年 月 日		歳
住所		
〒		
携帯電話番号	自宅電話番号	
FAX番号	緊急時家族電話番号	
健康保険証の種別(原本もしくは写しを持参してください)		
種別	番号	
既往症・持病・腰痛・健康状態等		
ボランティア保険の加入同意(費用はライフケアが負担します)		
同意する・同意しない・自分で加入する(加入保険会社名 加入期間 / ~ /)		
ボランティア参加予定期間(令和1年11月4日～11月9日)		
全期間(往復も含め)同行出来ます・途中参加です 月 日 時～ 月 日 時まで		
職業 (過去の職業)		
得意な事・強み・技術・資格		
過去のボランティア歴・作業内容		
ライフケア高砂の外部ボランティア募集を知ったきっかけ		
ボランティア志望動機		