

ボランティアバンク登録票

年度

ふりがな				男 女	生年 月日	大正 昭和 平成	年	月	日生(才)
氏名									
住所	(〒 -)								
TEL				FAX	□FAXなし				
携帯番号				職業					
メールアドレス									

※連絡方法のご希望はありますか？ □特になし □TEL □携帯電話 □FAX □メール □郵送
 ※メールでボランティア情報やボランティア講座情報を希望されますか？ □はい □いいえ

下記の質問にお答えください。

*質問1 :すでに加入されているボランティアグループはありますか？	
□はい (グループ名)	
□いいえ	
*質問2 ボランティア活動をしたかったきっかけを教えてください。(簡単で結構です)	
*質問3 どんな活動してみたいですか？ あなたが出来ること・資格や免許なども教えて下さい。	
<input type="checkbox"/> 関わりたい分野は？【高齢者・障害者(児)・子ども】 <input type="checkbox"/> 施設【高齢者・障害者(児)・子ども】でのお手伝い <input type="checkbox"/> 付き添い【通院・通学・通園・他送迎】のお手伝い <input type="checkbox"/> 外出介助【車いす・手引き】 <input type="checkbox"/> 理美容【散髪・メイク・ネイル・その他()】 <input type="checkbox"/> 行事【イベント・喫茶・その他()】のお手伝い <input type="checkbox"/> 対局相手【囲碁・将棋・麻雀・その他()】 <input type="checkbox"/> 環境【園芸・清掃活動・災害時の応援・その他()】 <input type="checkbox"/> 技術【手話・点訳・朗読・要約筆記・語学()・その他()】 <input type="checkbox"/> 指導【華道・書道・絵画・絵手紙・ハッチワーク・編み物・その他()】 <input type="checkbox"/> 演芸・特技【 <input type="checkbox"/> その他()	<資格や免許> <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー <input type="checkbox"/> 看護師・保健師 <input type="checkbox"/> 教員免許(小・中・高) <input type="checkbox"/> 運転免許(普通・大型) <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 美容師・理髪師 <input type="checkbox"/> その他()
*質問4 活動しやすい曜日・時間帯を教えてください。	
【曜日】 □月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝日 □不定期 【時間】 □午前 □午後 □時間指定(: ~ :) □特になし	
*質問5 東大阪市内ボランティアグループ一覧に掲載される方にお伺いします。	
・グループ名	・活動拠点・定例会 ・活動内容 ・依頼条件
備考	

※ご記入いただいた個人情報を、ボランティア活動保険加入及び名簿の作成、ボランティア依頼以外には使用いたしません。

受付日	令和 年 月 日	受付者	ボランティア 保険	加入(月から)・未加入
-----	----------	-----	--------------	--------------