

# 令和8年度ボランティア個人登録(相談)カード

- ・記入いただいた情報は、本人の了解なしに公表することはありません。
- ・登録内容の変更または削除を行う場合は、お手数ですが本会まで連絡をお願いします。
- ・ボランティア活動保険に未加入の場合も活動は可能ですが、本会から紹介する活動の際には活動保険への加入が必要となります。(有料)

※記入後内容に合った本人であるかの確認(身分証等)  記入日 年 月 日

1	(ふりがな) 氏名	( ) 生年月日	(S・H・R) 年 月 日	年 歳																												
2	住所	〒 —																														
4	連絡先	TEL ( ) — FAX ( ) — 携帯番号 ( ) — E-mail																														
5	職業	<input type="checkbox"/> 就労者 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生(学校名 ) <input type="checkbox"/> その他( )																														
6	保有資格	<input type="checkbox"/> ヘルパー( 級) <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 理学療法士・作業療法士 <input type="checkbox"/> 心理療法士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 理容・美容師 <input type="checkbox"/> 運転免許(大型、中型、普通、特殊、二輪、原付、二種) <input type="checkbox"/> その他( )																														
7	ボランティア活動時の交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> その他( )																														
8	ボランティア活動の経験等	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> ボランティア団体加入経験( 年/団体名 )																														
9	活動可能場所	<input type="checkbox"/> 市内( 地区) <input type="checkbox"/> 市内全域 <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 <input type="checkbox"/> その他( )																														
10	活動日・時間帯 (可能な場所に○)	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 日によって異なる <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> <th>祝日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					月	火	水	木	金	土	日	祝日	午前									午後								
	月	火	水	木	金	土	日	祝日																								
午前																																
午後																																
11	連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> LINE (ID ) <input type="checkbox"/> その他( ) <small>※LINEの場合は社会福祉協議会(ID:chiku8008)を登録してください。</small>																														
12	登録いただいた活動の要望があった場合、連絡を希望しますか?	<input type="checkbox"/> はい			<input type="checkbox"/> いいえ																											
13	ボランティアに関する研修等がある場合、連絡を希望しますか?	<input type="checkbox"/> はい			<input type="checkbox"/> いいえ																											
14	筑紫野市社会福祉協議会ボランティア登録は初めてですか?	<input type="checkbox"/> はい			<input type="checkbox"/> いいえ																											

※裏面もご記入ください

