

「災害支援ボランティア」参加申込書

私は、被災地における災害支援ボランティアとして活動する主旨を十分理解し、活動中の事故及び怪我については、自己責任において対応することに同意します。

※活動中の怪我等については、諫早市社会福祉協議会で加入するボランティア活動保険の範囲内での補償となります。

平成 年 月 日

※団体でご参加の場合も各自にて作成、ご提出をお願いいたします。

■参加決定は実施日の2日前までに文書（FAX またはメール等）でお知らせいたします。

ふりがな		年 齢	歳
氏 名		性 別	※年齢は申込日現在 男 ・ 女
住 所	〒 _____ _____		
	※諫早市外の方は、下記に勤務先名または学校名を記載してください。 (諫早市内の在勤・在学の方に限ります。)		
区 分	個人 ・ 団体 (団体名: _____)		
携帯電話番号	_____		
自宅電話番号	_____		
F A X	_____		
メールアドレス	_____		
緊急連絡先	氏名: _____	続柄: _____	TEL _____
活動希望日をご記入下さい	第1希望		第2希望
	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日
ボランティア活動保険	「平成29年度」ボランティア活動保険の加入についてお知らせください。 加入済 ・ 未加入 ※未加入の方は、ボランティア活動保険(基本タイプAプラン)にご加入いただきます。 (保険料は諫早市社会福祉協議会で負担します。)		
備 考	※資格や特技をお持ちの方はご記入ください。<例：看護師> また、特筆すべき事がございましたらご記入ください。<例：親子で参加>		

【申込み・問合せ先】

諫早市社会福祉協議会 地域支援課

諫早市新道町948番地(諫早市社会福祉会館内)(平日8:30~17:15)

TEL:0957-24-5100 FAX:0957-24-5101