

提出期限：令和5年8月7日（午前12時）※保護者同意の不要な場合 FAX 提出可

## 災害ボランティアバス参加申込書

令和 年 月 日

鹿児島市社会福祉協議会長 様  
(Fax 099-221-6075)

久留米市への災害ボランティアバスの運行実施要領に基づき、災害ボランティアとして参加を申し込みます。

ふりがな 氏名		性別 男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
住所	〒	
連絡先	TEL ( ) - FAX ( ) - E-mail	
緊急時の連絡先	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
保有資格・免許 特技など		
ボランティア経験	<input type="checkbox"/> 現時点では、災害ボランティアの活動経験はない。 <input type="checkbox"/> 過去に災害ボランティアとして活動したことがある。 <input type="checkbox"/> 普段からボランティア活動に取り組んでいる。 活動分野 ( )	
ボランティア活動 保険加入状況	<input type="checkbox"/> 加入している。( <input type="checkbox"/> 基本プラン <input type="checkbox"/> 天災・地震補償プラン <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 加入していない。	
保護者の同意 (18歳未満の方)	この災害ボランティア申込みに保護者として、同意します。 親権者 氏名： (印) (続柄 ) 住所：〒 連絡先：( ) -	
その他特記事項		

※ 登録情報は、災害時の迅速な救援活動に資するため、関係機関に提供することがあります。