

災害ボランティア登録(個人)カード

受付番号 (No.)

登録受付日 平成 年 月 日

登録受付者 _____

フリガナ		性別	男 女
氏 名		生年月日	年 月 日()歳
		血液型	A B O AB
自宅住所	〒 _____ Tel _____		
活動中の連絡先	携帯電話 _____		
緊急連絡先	**事故等の場合の緊急連絡先とその相手方をご記入ください** 相手方氏名 [_____] 間柄 [_____] Tel _____		
資格免許・特技 (○印をしてください)	医師・看護師・社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士・ホームヘルパー・保育士 ・栄養士・アマチュア無線・大型特殊 その他・特技等 (_____)		
希望する活動の内容 (注)ご希望にそえない場合があります。	災害ボランティア活動の経験 (有・無)		
活動可能な期間、 日時、曜日等	月 日 () ~ 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
ボランティア活動 保険の加入有無	ボランティア保険 (基本) 加入⇒ 加入済み 未加入 ※未加入の場合の加入手続き完了年月日 (年 月 日) ----- ボランティア保険 (天災) 加入⇒ 加入済み 未加入 ※未加入の場合の加入手続き完了年月日 (年 月 日)		

◆◆個人情報の取り扱い◆◆

ご記入いただいた個人情報は、災害ボランティア活動における以下のことについて利用し、厳重に管理します。

- ① 災害救援に係るボランティアコーディネーターや救援活動中における行動管理
- ② 緊急時及び事故発生時における緊急連絡
- ③ ボランティア活動保険加入事務
- ④ 行政機関等から法令等に基づく情報提供依頼
- ⑤ その他、災害ボランティアセンターの管理運営に関する事務
- ⑥ 上記の取扱いについて承諾します

氏名 _____

災害ボランティア登録(団体)カード

受付番号 (No.)

登録受付日 平成 年 月 日

登録受付者 _____

※下記の枠内をご記入のうえ、別紙「団体名簿」とあわせて、活動日の2日前までに返送してください。

フリガナ		人数	名
団体名			
代表者名		男女	男 人・女 人
代表者住所 会社住所 自宅住所	〒 TEL FAX		
活動中の連絡先	携帯電話 — —	(氏名:)	
緊急連絡先	**事故等の場合の緊急連絡先とその相手方をご記入下さい** 相手方氏名 [] 間柄 [] TEL - -		
有資格等			
希望する活動の内容 注) ご希望にそえない場合があります。			
活動可能な期間、 日時、曜日等	月 日 () ~ 月 日 () 時 分 ~ 時 分		

● 参加される方にお願

- ・参加される前日までに、お近くの社会福祉協議会で「ボランティア活動保険(天災タイプ)」の加入手続きを必ず行ってください。
- ・ボランティア受付は、午前 時から正午となります(できるだけ、早い時間にお越しください)
- ・当日の服装は、動きやすい汚れてもよい服装で、安全面を考慮し、長袖着用をお願いします。
- ・軍手、帽子、マスク、汗ふき、昼食、水分等を各自必ずご持参ください。

◆◆個人情報の取り扱い◆◆

ご記入いただいた個人情報は、災害ボランティア活動における以下のことについて利用し、厳重に管理します。

- ① 災害救援に係るボランティアコーディネーターや救援活動中における行動管理
- ② 緊急時及び事故発生時における緊急連絡
- ③ ボランティア活動保険加入事務
- ④ 行政機関等から法令等に基づく情報提供依頼
- ⑤ その他、災害ボランティアセンターの管理運営に関する事務
- ⑥ 上記の取扱いについて承諾します

返送先：日高市災害ボランティアセンター

FAX 042-985-1411

団 体 名 簿

(団体名 : _____)

(代表者 : _____)

No.	氏名	性別	生年月日	住 所	自宅電話番号	携帯電話番号	緊急連絡先	活動経験
1		男・女						有・無
2		男・女						有・無
3		男・女						有・無
4		男・女						有・無
5		男・女						有・無
6		男・女						有・無
7		男・女						有・無
8		男・女						有・無
9		男・女						有・無
10		男・女						有・無

上記はボランティア保険加入に関する記入必須事項ですので、必ずご記入ください。

ニーズ受付No.	日一	受付担当者	
----------	----	-------	--

(様式 2-1)

ニーズ受付票(ボランティア依頼書)

※項目を記入または該当するものを○で囲んでください。

フリガナ 依頼者氏名			性別	年齢	受付区分
			男・女		<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Eメール
自宅住所 連絡先	〒 _____ - _____			避難所名	
	日高市			電話：	
	電 話	FAX	携 帯 電 話		
活動場所 住所 連絡先	〒 _____ - _____ ※上記と同じ場合は同上と記入ください。				
	電 話	FAX	携 帯 電 話		
依頼内容	<ul style="list-style-type: none"> ・避難所のお手伝い ・被災者の安否確認 ・物資の調達、運搬、仕分け ・要援護者への配食、買物 ・屋内外の片付け ・移送、付添い等 ・話し相手 ・日常生活支援 [_____] ・その他 [_____] 				
	具体的な作業内容				
	派遣希望日	なし ・ あり→ [_____ 日 () _____ 時ごろ]			
確認事項					
作業場所までの道路事情等		作業場所の被災状況		家屋診断結果	家屋内状況
必要人数		作業に必要な物資			
男	名	・マスク ・軍手 ・ロープ ・ゴム手袋 ・ヘルメット ・バケツ			
女	名	・スコップ ・一輪車 ・車両 [_____]			
指定なし	名	・その他 [_____]			
合計	名	駐車場 (無 ・ 有→ _____ 台分)			
専門性	特記事項 [その他 些細な点でも気づいた点等を記入]				

*派遣調整班一担当者記入欄

対応	受 理 → 対応日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時 ~ _____ 時	派 遣 人 数	名
	※継続対応は別紙を添付し記録すること。		活 動 終 了 日
	不 受 理 → 依頼者への連絡日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時	記 入 者 名	

ボランティア紹介者名簿

リーダー名	
電話番号	

ボランティア		氏 名	備 考
	2		
	3		
	4		
	5		

緊急避難場所：

連絡先：

電 話：

私たちは、日高市災害 ボランティアセンターからきました

ボランティアへの報酬は必要ありません。

ボランティア活動で気づいたことは、ボランティアセンターへ

問合せ電話 042-985-9100

継続、ボランティアが必要な際は、その旨をお伝え下さい。

<お願い>

- 作業中に余震が発生した場合の作業の中断
- 作業終了時間のお願い
最長で 午後 4:00まで
- 休憩時間の必要性（1時間に1回10分）
- トイレの借用のお願い
- お断りする作業
 - ・営利行為、政治的、宗教的活動へのお手伝い
 - ・リーダーが危険と判断する作業
(例：高所作業、損傷の激しい建物内の作業)

日高市災害ボランティアセンター

センター所在地：日高市総合福祉センター「高麗の郷」内

電 話：042-985-9100

ファックス：042-985-1411

災害ボランティア受付整理簿(日高市災害ボランティアセンター)

(様式 4)

月 日 (No.)

	氏名	性別	生年月日	住 所	自宅電話番号	携帯電話番号	緊急連絡先	活動経験	資格	活動希望期間	車使用
1		男・女									
2		男・女									
3		男・女									
4		男・女									
5		男・女									
6		男・女									
7		男・女									
8		男・女									
9		男・女									
10		男・女									

上記はボランティア保険加入に関する記入必須事項ですので、必ずご記入ください。