災害ボランティア登録（団体）カード

受付番号（№　　　　　）

登録受付日　平成　　年　　月　　日

登録受付者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 人　数 |  |
| 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 | 〒  ℡　　　　　―　　　　　　― | | |
| 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〔　　　　　〕  　℡ 　　- 　　　- | | |
| 資格・免許  （○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・ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ・保育士・栄養士・ｱﾏﾁｭｱ無線・大型特殊  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 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 | | |
| 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，只見町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ト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