

# ボランティア申込書兼台帳(個人)

NPO法人

長岡医療と福祉の里ボランティア連合会長 様

下記の通りボランティアの申込みをいたします。

この申込みに際し、ボランティア活動で知り得た個人情報、他人に漏らさないことを誓います。また、ボランティア活動を辞めた後も同様とします。

平成 年 月 日

|  |                          |                |    |
|--|--------------------------|----------------|----|
| フリガナ   |                          | 性別             | 写真 |
| 氏名   |                          | 男・女            |    |
| 生年月日   | 大正<br>昭和<br>平成<br>(〒 - ) | 年 月 日 ( )歳     |    |
| 住所<br>(連絡先)  | (電話)                     |                |    |
| 資格・免許技能など  |                          |                |    |
| 活動施設   |                          |                |    |
| 活動内容   |                          |                |    |
| 活動日及び時間  | 平成 年 月 日 から              |                |    |
|  | ① 毎週 曜日 ② 月 回 ③ その他      |                |    |
|  | 午前 時 分から<br>午後           | 午前 時 分まで<br>午後 |    |
| ご意見・ご希望がありましたらご記入ください。   |                          |                |    |
| * 貴法人発行(年1回)のボランティア広報誌「ボランティア日誌」欄に、活動者の氏名(私)を掲載することについては下記の通りです。 |                          |                |    |
| <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。   |                          |                |    |

## \* 事務局処理欄

|      |          |   |
|------|----------|---|
| 保険加入 | 平成 年 月 日 | 未 |
|      |          | 済 |

|      |     |   |   |
|------|-----|---|---|
| 台帳転記 | 宛名  | 未 | 済 |
|      | リスト | 未 | 済 |

施設担当者名

電話:

\_\_\_\_\_