

ボランティア登録カード(団体)

登録日	年	月	日
フリがな			
団体名			
代表者	フリがな	TEL	
		FAX	
		E-mail	
	〒		
連絡担当者	フリがな	TEL	
		FAX	
		E-mail	
	〒		
活動内容 (団体説明)		構成 人数	名
ボ ラ ン テ ィ ア 活 動 内 容	◆希望する活動内容にチェックしてください。(複数回答可)		
	<input type="checkbox"/> デイサービスでの披露(発表) <input type="checkbox"/> ケアプラザ事業のお手伝い(お祭りなど)		
	<input type="checkbox"/> その他 _____		
	◆活動しやすい日時にチェックしてください。		
	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他 _____		
◆活動しやすい形態にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 定期的な活動 <input type="checkbox"/> 単発の活動 <input type="checkbox"/> その他 _____			
◆地域ケアプラザ以外の場所(高齢者施設等)での活動も可能ですか。			
はい ・ いいえ ・ 条件付きで可能			
広報紙をお送りしたり、活動紹介をしても構いませんか?		はい ・ いいえ	
写真撮影・掲載しても構いませんか? ※広報紙やホームページ等への掲載する場合がございます。		はい ・ いいえ	
よこはまシニアボランティアポイント	登録しています ・ 登録してません		
ボランティア保険	加入しています ・ 加入してません		
プライバシーの保護について 活動中に知り得た被支援者等の個人情報について、第三者に漏洩しないことに同意します。			
個人情報の使用範囲について 記入いただいた個人情報については、ボランティア活動の調整及び篠原地域ケアプラザの事業案内等に使用することに同意します。			
署名 _____			
所長	主任	通所(職員+リーダー)	生支
地交			サブCo.
			受付者

ボランティア登録カード(団体) 記入例

登録日	年 月 日			
ふりがな	しのはらえんそかい			
団体名	しのはら演奏会			
代表者	ふりがな	しのはら はなこ	TEL	必ず連絡がつく番号でお願いします。
		篠原 花子	FAX	045-423-1257
			E-mail	shino.hara@mail
	〒 222-0023 横浜市港北区篠原東2-15-27			
連絡担当者 ※1	ふりがな	しのはら かずお	TEL	045-423-1270
		篠原 和夫	FAX	045-423-1257
			E-mail	shino.hara@mail
	〒 222-0023 横浜市港北区篠原東2-15-27			
活動内容 (団体説明)	バイオリンの演奏活動を行っており、定期的に色々なケアプラザで発表しています。		構成人数	10名
ボ ラ ン テ ィ ア 活 動 内 容	◆希望する活動内容にチェックしてください。(複数回答可)			
	<input checked="" type="checkbox"/> デイサービスでの披露(発表) <input checked="" type="checkbox"/> ケアプラザ事業のお手伝い(お祭りなど)			
	<input type="checkbox"/> その他 _____			
	◆活動しやすい日時にチェックしてください。			
	<input type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input checked="" type="checkbox"/> 日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他 _____			
◆活動しやすい形態にチェックしてください。				
<input checked="" type="checkbox"/> 定期的な活動 <input type="checkbox"/> 単発の活動 <input type="checkbox"/> その他 _____				
◆地域ケアプラザ以外の場所(高齢者施設等)での活動も可能ですか。				
<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ ・ 条件付きで可能				
広報紙をお送りしたり、活動紹介をしても構いませんか?			<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ	
写真撮影・掲載しても構いませんか? ※広報紙やホームページ等への掲載する場合がございます。			<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ	
よこはまシニアボランティアポイント		登録 <input checked="" type="radio"/> しています ・ 登録してません		
ボランティア保険 ※2		加入 <input checked="" type="radio"/> しています ・ 加入してません		
プライバシーの保護について 活動中に知り得た被支援者等の個人情報について、第三者に漏洩しないことに同意します。				
個人情報の使用範囲について 記入いただいた個人情報については、ボランティア活動の調整及び篠原地域ケアプラザの事業案内等に使用することに同意します。				
署名 _____ 篠原 花子 _____				

_____ に記入をお願いします。

※1 連絡担当者が代表者と同上の場合、記入しないでください。

※2 ボランティア活動保険(有料)に加入ご希望の場合はご連絡下さい。

ボランティア登録カード(個人)

登録日	年 月 日					
ふりがな						生 年 月 日
氏名						年 月 日
住所	〒			TEL		
				FAX		
				E-mail	@	
ボ ラ ン テ ィ ア 活 動 内 容	◆希望する活動内容にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> デイサービスの手伝い <input type="checkbox"/> デイサービスでの披露(発表) <input type="checkbox"/> 行事の手伝い <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input type="checkbox"/> その他 _____					
	◆具体的な活動内容お教えてください。					
	◆活動しやすい日時にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他 _____					
	◆地域ケアプラザ以外の場所(高齢者施設等)での活動も可能ですか。 はい ・ いいえ ・ 条件付きで可能					
趣味・特技						
広報紙をお送りしたり、活動紹介をしても構いませんか?					はい ・ いいえ	
写真撮影・掲載しても構いませんか? ※広報紙やホームページ等への掲載する場合がございます。					はい ・ いいえ	
よこはまシニアボランティアポイント				登録しています ・ 登録してません		
ボランティア保険				加入しています ・ 加入してません		
プライバシーの保護について 活動中に知り得た被支援者等の個人情報について、第三者に漏洩しないことに同意します。 個人情報の使用範囲について 記入いただいた個人情報については、ボランティア活動の調整及び篠原地域ケアプラザの事業案内等に使用することに同意します。 <div style="text-align: right;">署名 _____</div>						
所長	主任	通所(職員+リーダー)		生支	地交	サブCo.
						受付者

ボランティア登録カード(個人) 記入例

登録日	年 月 日
ふりがな	しのはら はなこ 生 年 月 日
氏名	篠原 花子 2023 年 5 月 16 日
住所	〒222-0023 TEL 必ず連絡がつく番号でお願いします。
	横浜市港北区篠原東2-15-27 FAX 045-423-1257
	E-mail shino.hara @ mail
ボランティア活動内容	◆希望する活動内容にチェックしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> デイサービスの手伝い <input checked="" type="checkbox"/> デイサービスでの披露(発表) <input type="checkbox"/> 行事の手伝い <input checked="" type="checkbox"/> 趣味活動 <input type="checkbox"/> その他 _____
	◆具体的な活動内容お教えてください。 囲碁将棋の対戦相手
	◆活動しやすい日時にチェックしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他 _____
	◆地域ケアプラザ以外の場所(高齢者施設等)での活動も可能ですか。 <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ ・ 条件付きで可能
趣味・特技	ガーデニング、将棋、囲碁
広報紙をお送りしたり、活動紹介をしても構いませんか?	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ
写真撮影・掲載しても構いませんか? ※広報紙やホームページ等への掲載する場合がございます。	<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ
よこはまシニアボランティアポイント ※	登録して <input checked="" type="radio"/> います ・ 登録してません
ボランティア保険 ※	加入して <input checked="" type="radio"/> います ・ 加入してません
プライバシーの保護について 活動中に知り得た被支援者等の個人情報について、第三者に漏洩しないことに同意します。	
個人情報の使用範囲について 記入いただいた個人情報については、ボランティア活動の調整及び篠原地域ケアプラザの事業案内等に使用することに同意します。	
署名 _____ 篠原 花子	

 に記入をお願いします。

※ ボランティア活動保険(有料)に加入ご希望の場合はご連絡下さい。