**FAX送信先：0244-26-8007　 email:info＠caritasms.com**

**東日本大震災　被災地ボランティア**

**カリタス南相馬**

**ボランティア申し込みフォーム**

No. 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　日（　）

　　　　　　　　　　　　　　　　 202208改訂

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望ボランティア  活動日と予定の到着、出発時刻 | 年　 月　　日　　　曜日　　時　　分　　カリタス南相馬に到着  　　 　　 月　　日　　　曜日　　時　 分　　カリタス南相馬を出発  ※到着・出発時間をご記入ください。　※17:30までにお越し下さい。 | | | | | | |
| ふりがな  氏　　名 |  | | 性　別 | |  | | |
| ふりがな  住　　所 | 〒 | | | | | | |
| 電話番号 | （自宅）　　　　　　　（Fax.）  （携帯電話） | | | 職業 | |  | |
| メールアドレス | （携帯）  （PC）  ※添付資料が受け取れるアドレスをご記入ください。 | | | | | | |
| 緊急連絡先 | （自宅・携帯）　　　　　　　　　氏名（　　　　　　　：続柄　　　）  （連絡の取りやすい時間帯）：　　　　時　～　　　　時くらい  **※未成年の方は保護者の連絡先（連絡の取りやすい時間帯もご記入ください）** | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　　　　　才 | | | | | | |
| 交通手段 | □往路  □復路  ＊□自家用車を利用/□公共交通機関を利用　　　＊運転免許　□有　□無 | | | | | | |
| **新型コロナワクチン**  **最終接種日** | （　　回目）　　　年　　　月　　　日**＊到着時２週間経過者とします。**  **ＦＡＸの場合：接種済証のコピーをＦＡＸ**  **メールの場合：接種済証の写真添付、原本かコピー持参** | | | | | | |
| ボランティア保険  について | **社協主催の活動に参加される方は、ボランティア保険加入が必須となりますので、事前に加入手続きを済ませて下さい。**尚、ボランティア保険の対象とならない活動での怪我や事故、病気等のトラブルはすべて自己責任となりますので、ご自身の傷害保険や健康保険証等を確認の上お越し下さい。 | | | | | | |
| ボランティア  経験の有無 |  | | | | | | |
| 資格/特技/趣味 |  | | | | | | |
| 備　　考 | 学校名・所属教区など | **体温** | | **入館時** | | | **度　　分** |
| **オリエン後** | | | **度　　分** |
| 放射線の低線量被ばくによる健康被害は絶対に安全または危険とは言えず、万人に通用する安全基準はありません。ご自分の自己判断、自己責任でのボランティア参加をお願いします。  □　上記について理解の上、参加を希望します。（参加希望の方は、□内にチェックの上ご提出ください）  **※未成年の方は、保護者の方に同意のチェックを以下の□内に記入していただきご提出ください。**  □　上記について理解の上、参加に同意します。※別紙、保護者の同意書を提出していただきます。 | | | | | | | |