（様式１－１）

石川県災害ボランティアバンク登録申込書（個人登録用）

受付年月日	年　月　日
登録番号	

※事務局で記入します

記入日　　年　　月　　日

（フリガナ） 氏　　名		性別	男　・　女
		生年月日	年　月　日（　歳）
住所	〒		
電話番号	（ご自宅又は携帯電話の電話番号を記入して下さい）		
メールアドレス	（災害時の情報や平時の研修会等の案内の送付先を記入して下さい）		
災害ボランティア活動実績の有無	□有　□無		
資格・専門分野の有無	□有　□無 ※　災害ボランティア活動に役立つ資格や専門分野の有無を記入してください。 ※　「有」を選択した方は、次の項目の「資格や専門分野」の中から該当するものを、選択して下さい（複数選択可）。		
資格や専門分野	□災害ボランティアコーディネーター　□防災士　□外国語（日常会話程度以上） □重機等特殊車両操作　□アマチュア無線 □水道・電気・土木・建設に関する技術を有する者 □建築士　□医師　□歯科医師　□臨床心理士または心理カウンセラー　□薬剤師 □保健師　□看護師　□手話通訳　□介護福祉士　□社会福祉士　□精神保健福祉士 □ケアマネジャー　□栄養士　□調理師　□理容師・美容師　□教員 □保育士　□スポーツ指導者　□学習支援者（高校生・大学生） □ＩＴ分野に関する技術を有する者　□その他　【　　】		
個人情報提供意思表示	災害ボランティア活動を促進するために、石川県災害ボランティアバンクに登録された情報を、石川県内の災害ボランティア関係機関（県庁及び市町防災・災害ボランティア担当課、日本赤十字社石川県支部、県・市町社会福祉協議会）に提供してもよいなら「可」、提供したくないなら「不可」を選択してください。上記の災害ボランティア関係機関から、災害ボランティア情報や研修・防災訓練の情報等を送付させていただく場合があります。 □　可　　□　不可		
その他特記事項			