

## 東日本大地震 災害支援ボランティア申込書

平成 年 月 日

ふりがな				写 真 (3.0×2.4cm)	
氏 名	( 男 ・ 女 )				
生年月日	S ・ H	年	月	日	・ ・ 撮影
視力区分	盲 ・ 弱 ・ 晴	血液型	型 Rh + ・ -		
会員区分	全鍼師会会員 (No. ) ・ 一 般				
所属師会名/ 都道府県名					
資格の種別	はり師 ・ きゅう師 ・ あん摩マッサージ指圧師 学 生 ・ その他 ( )				
緊急連絡先 (必ず連絡が取れる 所)	〒 - 電話 ( ) 本人携帯 ( ) FAX ( )				
希望の活動日	いつでも ・ ( )				
希望の活動場所	どこでも ・ ( )				
移動交通手段	車 ・ 公共交通機関				
メールアドレス (任意)	( ) ・ MLに登録しない				
賠償保険	加入済み ・ 未加入 ・ 加入したい				
ボランティア経験	有 ・ 無				
ボランティア保険	加入済み ・ 未加入				

※全鍼師会ホームページの募集要項を必ず確認して下さい。

※PCメールアドレスは、専用の震災支援メーリングリスト (ML) へ登録させていただきます。

※希望の活動日・活動場所はご希望に添えない場合があります。

**【お問合せ先】**

〒160-0004 東京都新宿区四谷3-12-17  
公益社団法人 全日本鍼灸マッサージ師会 事務局  
災害支援ボランティア担当  
TEL : 03-3359-6049 FAX : 03-3359-2023

全鍼師会使用欄

確 認	送 付	申込登録	受 付