

熊本地震 災害支援ボランティア申込書

平成 年 月 日

ふりがな				グループで参加する場合 代表者氏名
氏名	(男 ・ 女)			
生年月日	年 月 日	同行者 氏名		
視力区分	盲 ・ 弱 ・ 晴	血液型	型 Rh + ・ -	
会員区分	全鍼師会会員 (No.) ・ 鍼灸学会 ・ 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	月 日 () ~ 月 日 ()			
活動場所	コーディネート役の指示に従う			
移動交通手段 (宿泊場所)	車 ・ 公共交通機関 ()			
メールアドレス	() ・ 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。

※宿泊場所は各自で確保してください。*この情報は熊本地震ボランティア活動以外には使用いたしません。

【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
災害対策委員会

全鍼師会使用欄

TEL : 03-3359-6049 FAX : 03-3359-2023

確認	送付	申込登録	受付