※送信先ＦＡＸ番号：

台風１９号　被災地支援者登録フォーム

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | | |
| 氏　　　名 | |  | | | | | |
| 会 員 番 号 | |  | 年　齢 | 歳 | | 性　別 | 男性　・　女性 |
| 連　絡　先 | | □自宅　　　　□勤務先 | | | | | |
| 自　　宅 | 住所 | （〒　　　　―　　　　） | | | | | |
| 電話番号 |  | | 携帯番号 |  | | |
| ＦＡＸ |  | | | | | |
| E-mail |  | | | | | |
| 勤　務　先 | 名称 |  | | | | | |
| 住所 | （〒　　　　―　　　　） | | | | | |
| 電話番号 |  | | ＦＡＸ |  | | |
| E-mail |  | | | | | |
| 自動車運転免許 | | □有　（普通・ＡＴ限定・大型・自動二輪・その他（　　　　　　　　　　　　　　））  　　日常的に運転している　　□はい　　　□いいえ  □無 | | | | | |
| 被災地支援経験等 | | 被災地支援経験の有無　　　　　□ある　　　　□ない  （専門職派遣、災害ボランティア含む）  活動内容： | | | | | |
| 主な実務経験 | |  | | | | | |
| 活動可能時期 | | ※11月中旬までの間で、具体的なを挙げていただき、無理な人は可能な期間あるいは可能な曜日などをご記入ください。  ※出来うる限り２～３日連続でお願いします。 | | | | | |
| 備　　考 | |  | | | | | |