

団体ボランティア登録票(事前受付)

送信宛先： 大崎市災害ボランティアセンター

FAX： 0229 - 24 - 1158

受付登録番号	
受付年月日	年 月 日

ふりがな 団 体 名			参加者数	
			男	人
			女	人
			計	人
ふりがな 代表者氏名				
代 表 者 住 所 連 絡 先	〒 —			
	(住所)			
	(携帯電話)		(電話)	
げんち 現地リーダー氏名				
現地リーダー 住 所 連 絡 先	〒 —			
	(住所)			
	(携帯電話)		(電話)	
災害ボランティア 活動保険の加入 の有無	加入済者数(人) ・ 未加入者数(人)			
活動予定期間	(現地到着日)	年 月 日()	:	頃
	(活動開始日)	年 月 日()	:	頃
	(活動終了日)	年 月 日()	:	頃
交通手段	(交通手段) 自家用車 ・ 公共交通機関等()			
	(車両台数) 台 [内訳] バス 台 (マイク・大型)			
	乗用車 台 (ワゴン・普通)			
	他 台()			
	※活動現地まで直接車両にて移動して頂きますようお願いいたします。			
その他特記事項				

* 活動開始日には災害ボランティアセンター団体受付にてお申し込み及び受付して下さい。

* 団体の活動する個人の氏名等は別紙「ボランティア受付票」に記載して下さい。

* 活動希望日が近くなりましたら災害ボランティアセンターより確認の連絡をさせていただきます。