

(様式第2号)

災害ボランティア登録票

(団 体 用)

竹原市社会福祉協議会会長 様

申込者氏名：

記入日 年 月 日

ふりがな	
団体名	
団体の 所在地	〒 ー <u>TEL</u> ー ー <u>FAX</u> ー ー <u>Male</u>
代表者氏名	
代表者住所	〒 ー <u>TEL</u> ー ー <u>FAX</u> ー ー <u>Male</u>
緊急時の 連絡先	<input type="checkbox"/> 同上 <u>TEL</u> ー ー <input type="checkbox"/> 代表者連絡先 <u>FAX</u> ー ー <input type="checkbox"/> 事務担当者連絡先 <u>Male</u>

※登録いただいた個人情報は、竹原市社会福祉協議会被災者生活サポートボランティア（災害ボランティア）登録要綱の規定に基づいて適正に取り扱います。