

ボランティア用

ボランティア番号(事務局記入欄)

_____年度

横浜市ガイドボランティア登録申請書

事務取扱団体		公益社団法人 横浜市身体障害者団体連合会			
ふりがな				生年月日(年齢)	性別
氏名				大正 昭和 平成 年 月 日 (満 歳)	男・女
住所	〒 _____ ※集合住宅は名称・部屋番号必須				
	最寄駅	線	駅 (→バス停)	所要時間 分
電話	()		携帯電話	()	
F A X	() / 無		E-mail		
特定の支援対象者の有無 (どちらかに○→)	有・無	※有の場合→特定の支援対象者の氏名・障害区分		家族(3親等以内)の支援対象者登録の有無 (どちらかに○→)	有・無
上記の特定の支援対象者以外の方のガイド (どちらかに○→)		可能・不可能		自家用車の利用 (どちらかに○→)	有・無
◇◇◇ 特定の支援対象者がいない場合、または特定の支援対象者以外のガイド可能な方は ★のガイド可能な内容の箇所等に○印および必要事項をご記入ください。 ◇◇◇					
★障害区分	視覚障害	肢体不自由	知的障害	精神障害	難病
★活動範囲	依頼者 在住場所	市内全域可	公共交通機関等で []分圏内	[]区内(複数記入可)	自宅周辺 ※徒歩・自転車圏内
	外出先	市外可能	市内全域	[]区内(複数記入可)	[]周辺
★活動可能な曜日・時間帯	月 (時 ~ 時)	火 (時 ~ 時)	水 (時 ~ 時)		
	木 (時 ~ 時)	金 (時 ~ 時)	土 (時 ~ 時)		
	日 (時 ~ 時)	特に決まりなし(相談により)			
★必要に応じた他事務取扱団体及び移動情報センターへのボランティア情報提供に、(どちらかに○→)			同意します ・ 同意しません		
備考 (追記事項があれば記入)	※ガイドボランティア研修を受講していれば、受講日を記入してください。→ _____年 _____月 _____日				
奨励金振込口座 ※本人名義口座	ゆうちょ銀行 ※通帳の写しを添付	総合・振替	通帳記号		通帳番号(右詰め記入)
※下記内容を確認し、チェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 上記のとおりガイドボランティアに登録し、守秘義務を遵守し適正に活動します。 <input type="checkbox"/> 奨励金を不正に請求・受領した場合は、その全額(加算金を含む)を返還します。 <input type="checkbox"/> 他の事務取扱団体には登録していません。 <input type="checkbox"/> ボランティア活動保険(全国社協)の2口以上の登録はありません。 申請年月日 _____年 _____月 _____日 申請者住所 _____ 申請者氏名 _____ 印					

※ご提供いただいた個人情報については、本事業の目的以外には使用いたしません。