

(様式2)

## 災害ボランティア受付票（団体用）

フリガナ 団 体 名		受付日 年 月 日( )		受付者		受付番号	
団体所在地		〒 —					
フリガナ 代表者氏名 電話番号		事務所等： 携帯：					
参加人数		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 学生( <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 大学) 人(男性 人、女性 人)					
活動期間		<input type="checkbox"/> 本日のみ <input type="checkbox"/> 月 日～ 月 日まで( 日間可能)					
移動手段		<input type="checkbox"/> バス( )台 <input type="checkbox"/> 自動車( )台 <input type="checkbox"/> その他( )					
No.	フリガナ 氏 名	性別	年齢	体温	住所・電話番号		ボランティア 活動保険
1		男・女	歳	℃	住所		<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話		
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る							
2		男・女	歳	℃	住所		<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話		
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る							
3		男・女	歳	℃	住所		<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話		
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る							
4		男・女	歳	℃	住所		<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話		
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る							

※上記の個人情報は、当災害ボランティアセンター以外に一切公開しません。

(様式2 裏面)

No.	フリガナ 氏 名	性別	年齢	体温	住所・電話番号	ボランティア 活動保険
5		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
6		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
7		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
8		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
9		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
10		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
11		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						

※上記の個人情報は、当災害ボランティアセンター以外に一切公開しません。

(様式2-1)

No.	フリガナ 氏 名	性別	年齢	体温	住所・電話番号	ボランティア 活動保険
12		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
13		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
14		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
15		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
16		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
17		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
18		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						

※上記の個人情報は、当災害ボランティアセンター以外に一切公開しません。

(様式2-1 裏面)

No.	フリガナ 氏 名	性別	年齢	体温	住所・電話番号	ボランティア 活動保険
19		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
20		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
21		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
22		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
23		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
24		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						
25		男・女	歳	℃	住所	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 本日加入
					電話	
【3回目ワクチン接種の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    → <input type="checkbox"/> PCR・抗原検査等で陰性であることを申告します ※抗原検査は、活動日に有効な結果に限る						

※上記の個人情報は、当災害ボランティアセンター以外に一切公開しません。