

# ボランティア参加申込書

## 申込者情報

代表者氏名	フリガナ		性別		年齢 歳
			男 ・ 女		
住所	〒 ー 都道府県				
連絡先	電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	( ) -	携帯番号 (日中連絡先)	( ) -
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			個人情報同意	「個人情報」・「感染症対策のお願い」について <input type="checkbox"/> 同意する
緊急連絡先	フリガナ		電話番号	( ) -	
	氏名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 知人 <small>※活動日に必ず連絡がとれる番号を記入してください。</small>	

## 参加メンバー（グループでお申込みの場合、代表以外の方のお名前等を下記にご記入ください。）

No.	氏名（フリガナ）	性別	生年月日	個人情報同意
②		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する
③		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する
④		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する
⑤		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する

## 参加希望日・場所

希望日	<input type="checkbox"/> 4月23日(土)	<input type="checkbox"/> 4月24日(日)
活動場所	<input type="checkbox"/> おんでこドーム	<input type="checkbox"/> 住吉地区
	<input type="checkbox"/> 原黒～吾潟地区	<input type="checkbox"/> 新穂地区 <input type="checkbox"/> 金井地区
活動時間	<input type="checkbox"/> 半日（前半）	<input type="checkbox"/> 半日（後半） <input type="checkbox"/> 全日
備考	時間や活動場所などのご要望がありましたら、ご記入ください	