



❖ 宜野湾市ボランティアプロフィール票 ❖



フリガナ		性別
名前		男性 女性 その他
住所	〒	生年月日
		昭和 平成 年 月 日 令和 (満 歳)
連絡先	() - 自宅 携帯 勤務先 その他 ()	情報提供・連絡方法
		電話 メール LINE 郵送
メール		@
緊急連絡先	() - (続柄:)	交通手段
		<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 公共機関(バス等) <input type="checkbox"/> その他()
ボランティア 経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(活動歴: 年) (活動内容:)	
職業	<input type="checkbox"/> 学生(学校名:) <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 専業主婦・主夫 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()	
免許・資格等	<input type="checkbox"/> 普通自動車免許(AT・MT) <input type="checkbox"/> 大型自動車免許 *その他資格・免許をお持ちの方は下記に記述してください。	
活動できる 時間帯	<input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 定期的(活動できる時間帯に○をつけてください。 平日:午前・午後 週末(土日):午前・午後 祝日:午前・午後 <input type="checkbox"/> その他()	
ボランティア 活動のきっかけ	<input type="checkbox"/> 楽しいことをしたい <input type="checkbox"/> 今までと違うことがしたい <input type="checkbox"/> 仲間づくり <input type="checkbox"/> 生きがい <input type="checkbox"/> 自分の知識・技術を生かしたい <input type="checkbox"/> 地域や社会を知りたい <input type="checkbox"/> 困っている人を助けたい <input type="checkbox"/> 友達や学校・職場ですすすめられた <input type="checkbox"/> その他()	
現在治療中の 病気の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名:)	
活動で配慮して ほしいこと	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:)	

※個人情報に関しましては、ボランティア活動の紹介のために使用させていただきます。
また、責任を持ってきちんと管理いたします。

◆ 宜野湾市ボランティアプロフィール票 ◆



Q1.どんな人と関わりたい？

あなたについて教えてください♪

こども 大人 お年寄り 障がい(児)者



Q2.どんな活動をしたい？

ゆんたく 子供の遊び相手



家事手伝い 外出支援・送迎 料理 学習サポート 英会話 DIY



イベント手伝い 余興・楽器演奏 清掃活動 防犯・防災 動物保護



自然保護 リサイクル 募金



●その他やりたいこと

Q3.好きなこと・得意なことは？

映画鑑賞 パソコン 楽器演奏(楽器:) 読書 料理 イラスト・絵



カラオケ 手芸 DIY ガーデニング スポーツ() ●その他



以下、事務局記入欄

★ボランティア活動保険について

加入する(月 日) 加入しない 他の市町村で加入している
 活動時に加入する ※加入プラン(基本・天災・感染症重点)

備考

活動参加状況			登録更新	
日付	活動内容		※3年経過後連絡がない場合は登録解除	
年 月 日			日付	ボランティア保険
年 月 日			年 月 日	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入
年 月 日			年 月 日	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入
年 月 日			年 月 日	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入

初回登録日	年 月 日	受付者	
-------	-------	-----	--