

FAX：0967-62-2860

高森町社会福祉協議会 災害ボランティア担当 行

令和8年熊本地震災害ボランティア申込書

申 込 日 令和8年 月 日 ()
参加希望日

	8月29日(土)
	9月 5日(土)

※希望日に○を記入して下さい。

フリガナ		年 齢	歳
氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所	〒		
電話番号	固定電話 (— —) 携帯電話 (— —)		
緊 急 連絡先	氏名 続柄 緊急連絡先 (— —)		
ボラン ティア保 険加入 状況	☐ 加入済 ☐ 未加入 ※ボランティア保険の加入が必須となります。 未加入の方は社会福祉協議会にて加入をお願いします。		
備 考			

※社協バスで乗合せて移動します。移動中の事故・怪我等に関して加入保険以外の補償は致しかねますのでご了承下さい。

※高校生は保護者の同意が必要となります。下記の同意書に記入をお願いします。

同 意 書

熊本地震ボランティアに参加することに同意します。

参加者(高校生)氏名： _____

学 校 名・学 年： _____ 高校 _____ 年

保 護 者 氏 名： _____ (印)