

～ボランティア保険で天災プランご加入の方へ～

昭島市災害ボランティア 情報提供

※お預かりした個人情報は、災害ボランティアに関わる内容以外で利用することはありません

ふりがな			
氏名		生年月日	
住所			
連絡先	携帯		
	メールアドレス		
アンケート			
災害ボランティア経験	支援回数	<input type="checkbox"/> 今回はじめて <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目以上	
	支援地域		
	支援内容		
昭島が被災地の場合	災害ボランティアセンター設置及び運営に協力ができますか？ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
他地域で災害が発生した場合	被災地までボランティアバスがある場合、利用しますか？ <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない		
訓練	災害ボランティアセンター設置訓練に参加できますか？ <input type="checkbox"/> 参加可 <input type="checkbox"/> 参加不可		