

災害時動物救護活動ボランティア登録申請書

埼玉県保健医療部生活衛生課長

ふりがな 氏 名		生年 月 日	昭和 平成	年	月	日	性別
住 所	〒 ー 都・道 区・市 府・県 町・村						
連 絡 先	固定電話：		携帯電話：				
	FAX 番号：						
E-Mailアドレス	パソコン：		@				
	携帯電話：		@				
動物の飼育等に 関する資格・技能等 <input checked="" type="checkbox"/> 該当項目をチェック	資 格 等			技 能 等			
	<input type="checkbox"/> 獣医師			動物の飼育に関して、御自身が有する技能等 がありましたら、自由に御記入ください。 (例：しつけ、トリミング、動物関係の職歴・学歴 など)			
	<input type="checkbox"/> 動物看護師						
	<input type="checkbox"/> 公益法人等が認定する資格 (資格名は右欄に御記入ください)						
	<input type="checkbox"/> 動物愛護推進員						
	<input type="checkbox"/> なし						
<input type="checkbox"/> その他 (内容は右欄に御記入ください)							
上記以外にお持ちの 資格・技能等	例：運転免許・外国語（日常会話程度） など						
活動内容の希望	<input type="checkbox"/> 被災動物の世話 <input type="checkbox"/> 被災動物の一時保護 <input type="checkbox"/> 物資の運搬 <input type="checkbox"/> その他 ()						
災害時における 動物救護活動の経験 <small>(他自治体等の活動も含む)</small>	有 ・ 無 (どちらかに○)	よろしければ活動内容を御記入ください。					
その他御意見等がご ざいましたら御記入 ください。							
「災害時動物救護活動ボランティア登録要領」を遵守した活動を行います。							
記入年月日： 令和 年 月 日							
氏名(署名) _____							