

伴走ボランティア(伴走ボランティアバンク)申込書

国際ブライントマラン 伴走申込			
(ふりがな) 氏 名		性 別	男 ・ 女
		身 長	cm
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	年 齢	歳
住 所	〒 _____ 都 道 市 郡 府 県 区 (アパート名等)		
自宅電話		携帯電話	
MAIL	@		
希望種目を選択 してください。 (複数選択可) 及び 自己タイム	<input type="checkbox"/> 5 キ ロ 分 秒	ランニング歴	年
	<input type="checkbox"/> 10マイル(約16.1キロ) 時間 分 秒	伴 走 歴 (○で囲む)	有 ・ 無 伴走回数 回
	<input type="checkbox"/> フ ル 時間 分 秒	所属クラブ	
* タイムは、6ヶ月以内のものを記入してください。		語 学 歴 (得意な外国語を お書き下さい)	語 年

知的障害者の伴走ボランティアについて、ご対応可能ですか。	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
------------------------------	--

伴走ボランティアバンク(年間登録制度)申込	
* 伴走ボランティアバンク(登録制度) 更 新 希望します 新 規	登録期間は、令和2年1月1日より12月31日までの1年間とし、翌年は更新手続きが必要になります。なお、登録された方へ、更新時に申請書を郵送致します。

上記のとおり申し込みます。

令 和 年 月 日

氏 名
