

↑ FAX 03-3556-8217 (送信面を必ずご確認ください)

申込日 : 2026 年 月 日	受講No.
------------------	-------

災害救援ボランティア講座 受講申込書

私は、裏面『個人情報の取り扱い』に同意のうえ、下記の災害救援ボランティア講座に申し込みます。

希望講座 開催日【8/1(土)・8/2(日)】 気候変動編講座 第8期	開催会場 自治医科大学附属 さいたま医療センター
--	--------------------------------

※受講希望の方へ 必要事項をご記入する前に裏面(別紙)の個人情報の取り扱いをご確認下さい。

※下記の□には該当する箇所に☑をいれてください。

ふりがな		性別	生年月日(西暦)
氏名		男・女	年 月 日
自宅住所	〒		
電話・FAX	電話 :	FAX :	
携帯	携帯電話 :		
メールアドレス	E-MAIL :		
受講生区分	<input type="checkbox"/> 一般	勤務先	
	<input type="checkbox"/> 学生	通学先	
駐車場希望	<input type="checkbox"/> 駐車場を希望します/車種・車両ナンバー :		

【アンケート】講座をどのようにして知りましたか。

委員会HPで
 大学の掲示板
 自治体広報
 職場・施設広報
 知人・SLの紹介
 その他 []

備考欄	受講に際してのご質問・連絡事項等がありましたらご記入下さい。				
連絡事項					

事務局 処理欄	受付	資料送付	入金	請求書	領収書	セーフティリーダー認定番号
			済 ・ 無	要 ・ 不要		— — — — —