

スマイル会員登録カード

サポーター研修 受講日
平成 年 月 日

フリガナ				性別
氏名				男 ・ 女
住所	〒 8 6 7 - 水俣市			生年月日・年齢
				T S・H 年 月 日 (歳)
自宅電話	0 9 6 6 -	-	携帯電話	
FAX			メールアドレス	
緊急連絡先	氏名			電話 ()
		関係()		
	住所			携帯電話 ()
		関係()		
	氏名			電話 ()
		関係()		
	住所			携帯電話 ()
いのちのバトン	有 ・ 無			
社協の賛助会員(1,000円/年)に加入していただけますか？ (はい ・ いいえ)				
備考 (事前に伝えておきたいことなど)				

水俣市社会福祉協議会会長 様

私は、スマイルサポート事業の趣旨に賛同し、スマイル会員に登録します。
 なお、水俣市、水俣市社会福祉協議会など、事業に係る者に対し、福祉目的に活用するためにのみ、個人情報を共有することについて承諾します。
 さらに、活動中の不慮の事故に関しましては、全国社会福祉協議会の福祉サービス総合補償の保険契約の範囲内で解決し、水俣市社会福祉協議会にその一切の責任を求めないことを誓約します。

平成 年 月 日

氏名(自署)
