

受付No. _____

年 月 日

『しあわせ守り隊員』登録承諾書

私は、黄色いハンカチ事業・「こども110番」運動の趣旨に賛同し、『しあわせ守り隊員』に登録します。

ふりがな 氏 名	生年月日	S・H 年 月 日
連絡先	〒563ー 豊能郡能勢町	
	電 話 072()	携帯電話
	FAX 072()	
	メールアドレス	
希望するグッズ (Aから1種類、 Bから1種類選択)	A() 黄色い帽子 () 黄色い腕章	
	B() 黄色いハンカチ () 車用の黄色いステッカー () 自宅用の黄色い安全旗(「こども110番の家」の旗)	
協力いただける活動 (複数回答可能) 活動内容を書いてください。	<input type="checkbox"/> 通学路等での児童生徒の見守り活動(立ち番を含む) ・立ち番の場所・回数() <input type="checkbox"/> 不審者情報等の情報共有をもとにした安全パトロール ・活動の場所・回数() <input type="checkbox"/> 自宅用安全旗を掲出し、非常時の駆け込みに対応する <input type="checkbox"/> ステッカーを車等に貼付しての啓発活動 <input type="checkbox"/> 「こども110番の家」として、避難できる拠点として登録する	
地区別連絡網記載について ※地区内での情報共有等に 活用しています。	地区別連絡網に掲載しても良い方は、いずれかに○を入れてください。 <input type="checkbox"/> 家庭用電話番号を連絡網に記載してください。 <input type="checkbox"/> 携帯電話番号を連絡網に記載してください。 <input type="checkbox"/> FAX番号を連絡網に記載してください。 <input type="checkbox"/> メールアドレスを連絡網に記載してください。	
保険について	ボランティア保険は、活動中の自身のケガ及び賠償に対応しています。 <input type="checkbox"/> 町負担でボランティア保険に加入します。 <input type="checkbox"/> 個人で保険に加入します。 <input type="checkbox"/> 既に他の保険に加入しています。	
その他	「黄色いハンカチ」事業の活動中における万一の事故などの際は、自己責任で対応します。(ボランティア保険などが適用される場合を除く。)	
ご意見のある方は、 ご記入ください。		

地区については、ホームページに掲載しておりますので、ご覧ください。