

雪おろし支援活動作業会員登録申込書
(SOS雪おろし)

申込日

令和 年 月 日

SOS雪おろし支援協議会 へ

申込者

〒 947-8501

住所: 小千谷市城内2丁目7番5号

名前: 小千谷 太郎

電話番号: 83-3514

該当するものに○をつけてください。

「雪おろし支援活動」(SOS雪おろし)作業会員として登録したいので、次のとおり申し込みます。

個人・グループの別	<input checked="" type="radio"/> 1 個人	<input type="radio"/> 2 グループ	
住所			
グループ代表者 連絡先 (日中に連絡を取ることができるもの)	連絡責任者		
	携帯番号	090-xxxx-0000	
	電話番号	83-3511	FAX番号 83-2789
職業	大工 (申込者の職業を記入してください)		
生年月日 (個人・代表者)	昭和・平成 <input checked="" type="radio"/> 4 年 4 月 2 日	申込日現在 年 齢	31 歳
屋根雪おろし 経験	<input checked="" type="radio"/> 1 有 (約 3 回/年)	<input type="radio"/> 2 無	
希望作業地区	西小千谷地区	シーズンで何軒、受けもつことができるか	<input checked="" type="radio"/> 2 軒
梯子の所有	<input type="radio"/> 1 有 <input checked="" type="radio"/> 2 無	トヨの所有	<input type="radio"/> 1 有 <input checked="" type="radio"/> 2 無
会員登録にあたっての 注意事項 同意欄	<input checked="" type="checkbox"/> 会員登録にあたっての注意事項について確認し承諾しました。 ※次の注意事項をよくお読みいただき、承諾されたうえで上記にチェックを記入してください。 チェックがない場合は、申込をお断りする場合があります。 ■ 作業代金など 注意事項をよくお読みいただき、チェックを記入してください。 ① 作業代金には消費税、経費、交通費がかかる。 ② 作業代金は全額雪おろし希望者の負担となります。金額や支払方法は、雪おろし希望者と事前に話合いのうえ、作業を行ってください。 ③ 小千谷市福祉課、小千谷市社会福祉協議会の発行する除雪サービス券での支払いとなる世帯もあります。この場合は後日の支払いとなります。 ■ その他 ① 賠償・損害保険に雪おろし協議会で加入しますが、作業時のみの保険となります。現場への行き帰りは補償の対象となりません。 ② 作業や代金などに関する雪おろし希望者との間のトラブルには雪おろし協議会は一切関与しません。すべて会員の責任において解決してください。 ③ 審査の結果、会員登録された方に会員証を送付します。審査結果によっては登録されない場合もあります。		

事務局処理欄

条件適否	地区名	受付者	登録実績			備考
			R2年度	R3年度	R4年度	