

**愛媛県社会福祉士会 災害支援活動協力員の応募/登録/意向確認について**

以下の太枠の中を記入して事務局宛に送ってください。(※通常の連絡先とする方を○で囲んでください)

フリガナ		会員番号		所属部会等		記入年月日	
氏名						平成 / 年付	
連絡先	自宅※	〒					
		TEL:			FAX:		
		携帯電話番号:			携帯電話アドレス:		
		<input type="checkbox"/> Eメールアドレス: (メーリングリスト登録希望のものをレ印)					
		SNSアカウント(LINE,Skype,Facebook,Twitter等):					
	勤務先※	勤務先名: (職種: )					
		〒					
		TEL:			FAX:		
		携帯電話番号:			携帯電話アドレス:		
		<input type="checkbox"/> Eメールアドレス: (メーリングリスト登録希望のものをレ印)					
支援協力可能内容 (該当する□にレ印して下さい。複数可)	種別	<input type="checkbox"/> 災害支援活動協力員 (国内で災害が起こった場合、被災地へ“社会福祉士”として派遣されることは可能ですか?)					
		【支援可能エリア: <input type="checkbox"/> 愛媛県内 <input type="checkbox"/> 四国内 <input type="checkbox"/> 西日本内 <input type="checkbox"/> 全国 <input type="checkbox"/> その他 ( )】					
		<input type="checkbox"/> 県災害対策本部活動協力員 <input type="checkbox"/> 協力は難しい(理由: )					
		支援可能時期: <input type="checkbox"/> 初動期 <input type="checkbox"/> 応急期 <input type="checkbox"/> 復旧期					
支援可能期間: <input type="checkbox"/> 一週間以上 <input type="checkbox"/> 一週間以内 <input type="checkbox"/> 数日/週 <input type="checkbox"/> 週末等休日 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
専門分野	該当する項目の□にレ印をしてください(複数可)、記載以外はその他へ記入。 <input type="checkbox"/> 地域福祉 <input type="checkbox"/> 高齢者福祉 <input type="checkbox"/> 児童福祉 <input type="checkbox"/> 障害者福祉 <input type="checkbox"/> 医療福祉 <input type="checkbox"/> 司法福祉 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
語学	該当する項目の□にレ印をしてください(複数可)、記載以外の言語はその他へ記入。 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> 韓国語 <input type="checkbox"/> ポルトガル語 <input type="checkbox"/> フランス語 <input type="checkbox"/> イタリア語 <input type="checkbox"/> フィリピン語 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
災害支援経験	(経験の有無は問いません) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 具体的に:						
資格等	PC基本操作(簡単なWord,Excel操作等): <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 運転免許の有無: <input type="checkbox"/> 普通自動車(MT) <input type="checkbox"/> 普通自動車(AT限定) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし (その他:資格・免許・特技等があれば、できるだけ記入してください。)						
特記事項							

事務局記入欄

登録年月日	平成 年 月 日	ボランティア保険加入	平成 月 日~平成 月 日
更新年月日	平成 年 月 日	ボランティア保険加入	平成 月 日~平成 月 日
	平成 年 月 日	ボランティア保険加入	平成 月 日~平成 月 日
	平成 年 月 日	ボランティア保険加入	平成 月 日~平成 月 日
	平成 年 月 日	ボランティア保険加入	平成 月 日~平成 月 日
災害支援研修履歴	研修年月日		研修名
	平成 年 月 日		
	平成 年 月 日		
	平成 年 月 日		
メモ欄			

※この登録用紙は、災害発生時等の本会会員状況を把握する重要な書類となりますので、ご記入の上、必ず事務局へ返送してください。

※本登録用紙において取得した個人情報については、その取扱いに十分留意し、本会の災害体制整備のための会員管理(会員の安否確認を含む)及び災害支援活動の目的以外には使用いたしません。

