一般社団法人　熊本県社会福祉士会　会員用

「災害支援活動者」登録フォーム

記入日：　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 会員番号 |  | 年　齢 |  |
| 所属ブロック |  | 性　別 |  |
| 自宅 | 住　　所 | 〒　　　－　　　　 |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  |
| F　A　X |  |
| E-mail |  |
| 実務経験（必ずご記入ください） | 相談支援業務 | 経験年数 |  年　　　カ月 |
| □地域包括　□高齢者　□障がい者　□児　童　□医　療□社　協（経験分野：　　　　　）　□その他（　　　　　） |
| 成年後見人としての受任経験 | □有　　　　□無 |
| 災害時の支援経験 | □有（活動内容：　　　　　　　　　）（期間：　　　　日程度）　　　□無 |
| 災害支援活動者養成研修受講経験 | □受講済（受講年度：　　　　　年度）　　□受講経験無し |
| 運転免許、資格等 | □自動車運転免許（　ＡＴ限定　・　ＭＴ可　）　→　日常的に運転している　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□はい　・　□いいえ□パソコン基本（Ｗｏｒｄ・Ｅｘｃｅｌ）操作（　可　・　不可　）　 |
| 活動可能な範囲 | □熊本県内　　□九州内　　□九州外（全国）※可能な範囲全てにチェックを付けてください。 |
| 災害発生時における情報発信の希望 | □希望する　　　□希望しない |
| 備考・配慮事項（持病や活動制限、希望等） |  |

注）このフォームでご提供いただいた個人情報は熊本県社会福祉士会事務局で管理し、災害支援活動者の募集・災害発生時の情報提供及び被災地への派遣調整業務以外には使用しません。

ただし、必要に応じ関係機関（熊本県社会福祉士会災害時支援委員会等）に対し、情報提供をす　ることがあります。

また、登録情報を更新するために、記入日から５年ごとに登録内容及び登録継続の有無について確認させていただきます。