

社会福祉士会  
能登半島地震支援活動者登録フォーム

フリガナ						
氏 名						
日本社士会がつけた通しの会員番号		所属県 ( )		年齢		
可能な支援活動		<input type="checkbox"/> 額谷ふれあい体育館相談支援 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 他の避難所支援及び現地支援にも協力可能		性別	男性 ・ 女性	
連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先				
自 宅	住 所	(〒 - )				
	電話番号	- -	携帯	- -		
	FAX					
勤 務 先	名 称					
	住 所	(〒 - )				
	電話番号	- -	FAX	- -		
連絡先メール		@ (注) 携帯キャリアのメールは不可				
実務経験 (必ずご記入ください)	相談支援業務		経験年数	年 月		
			<input type="checkbox"/> 地域包括 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 社協(経験分野: ) <input type="checkbox"/> その他( )			
	要介護高齢者の相談支援経験		ある ・ ない			
	地域での組織運営、会議運営経験		ある ・ ない			
	成年後見人としての受任経験		ある ・ ない			
災害時の 支援経験	<input type="checkbox"/> ある(活動内容: ) (期間: 日間程度) <input type="checkbox"/> ない					
運転免許、 資格等	<input type="checkbox"/> 自動車運転免許 (普通 ・ A T 限定) → 日常的に運転している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> パソコン基本操作(可 ・ 不可) <input type="checkbox"/> その他資格・免許( )					
活動可能時期 (現地で活動可能な 時期に○)	2024年2月	中旬 ・ 下旬			当面は1日単位での 活動を予定しています。	
	2024年3月	上旬	中旬	下旬		
	2024年4月	上旬	中旬	下旬		
	2024年5月	上旬	中旬	下旬		
派遣依頼文書の 要否	<input type="checkbox"/> 必要 ※チェックのある 方のみ送付します	派遣依頼文書 ・ 送付先住所 ・ 所属長の職名・氏名				
備考(持病、活動制限、日程の希望等)						