

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				
日本社協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"/> 金沢市被災者見守り相談支援事業 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 他の支援活動や能登地区での活動にも協力可能	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 ヶ月	
		<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 ・ AT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3月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬	被災地見守り相談支援事業は3日以上 の連続した活動となり ます。	
	2024年4月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬		
	2024年5月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬		
	2024年6月以降	()		
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)				