

送付先

所属する県士会の指定するところ

2024年 月 日

2024年6月

() 県社会福祉士会
能登半島地震支援活動者登録フォーム

氏名 (フリガナ)	()		
日本社会がつけた通しの会員番号	所属都道府県 ()	年齢	
可能な支援エリア	<input type="checkbox"/> 金沢市内のみ <input type="checkbox"/> 特にエリアにはこだわらない	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6月	中旬 ・ 下旬	具体的に活動できる(したい)日程があれば下記の備考にご記入下さい。
	2024年7月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬	
	2024年8月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬	
	2024年9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)			

※このフォームでご提供いただいた個人情報は、本被災地支援者の募集/派遣業務以外に使用することはありません。
一般社団法人 石川県社会福祉士会