

ご所属の都道府県士会宛にご送付ください  
送付の流れ: 会員 → 都道府県士会 → 日本社士会

2018年 月 日

(公社)日本社会福祉士会  
平成30年7月豪雨(愛媛県大洲市・宇和島市)被災地支援者登録フォーム

フリガナ				
氏名				
日本社士会がつけた通しの会員番号		年齢		
所属都道府県士会名		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	- -		
	E-mail	@		
勤務先	名称			
	住所	(〒 - )		
	電話番号	FAX	- -	
	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 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( )		
	福祉団体間のコーディネート経験	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) <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○)	2018年 8月	下旬		活動可能期間は6日間から1週間程度必要
	2018年 9月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬		
	2018年10月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬		
	2018年11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)				

※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。