

送付先:静岡県社会福祉士会  
FAX:054-252-0016

2012年 月 日

東日本大震災 (社) 日本社会福祉士会  
社会福祉士 被災地支援者登録フォーム

フリガナ			
氏名			
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"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	地域包括支援センター	ある ・ ない	経験年数 年 ヶ月
	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 (大型・特殊・普通・AT限定) ※選択してください <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 時期をご記入ください)	第一希望	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )	左記日程以外での調整 (どちらに○) 可 ・ 不可
	第二希望	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )	
	第三希望	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )	
派遣依頼文書の 要否	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	派遣依頼文書 送付先、宛名 (住所、組織名、 役職名、氏名等)	
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。