

東京社会福祉士会事務局宛

東京社会福祉士会 災害支援活動協力員登録者の応募/登録について

以下の太枠の中を記入して事務局宛に送ってください (※通常の連絡先とする方の口印を■にして下さい)

ふりがな		会員番号	所属委員会等
氏名			
連絡先	自宅※ <input type="checkbox"/>	〒 TEL: _____ FAX: _____ 携帯電話番号: _____ 携帯電話アドレス: _____ <input type="checkbox"/> Eメールアドレス: _____ (メーリングリスト登録希望のものを■印) SNSアカウント(LINE, Skype, Facebook, Twitter等)	
	勤務先※ <input type="checkbox"/>	勤務先名: _____ (職種: _____) 〒 TEL: _____ FAX: _____ 携帯電話番号: _____ 携帯電話アドレス: _____ <input type="checkbox"/> Eメールアドレス: _____ (メーリングリスト登録希望のものを■印)	
支援協力可能内容 (該当する口印を■にして下さい。複数可)	種別	<input type="checkbox"/> 災害支援活動協力員 (支援可能エリア: <input type="checkbox"/> 東京都エリア <input type="checkbox"/> 関東圏エリア <input type="checkbox"/> 全国エリア)	
		<input type="checkbox"/> 本部活動協力員	
支援可能時期		<input type="checkbox"/> 初動期(1~3日) <input type="checkbox"/> 応急期(4日~1ヶ月) <input type="checkbox"/> 復旧期(1ヶ月以降)	
支援可能期間		<input type="checkbox"/> 一週間以上 <input type="checkbox"/> 一週間以内 <input type="checkbox"/> 数日/週 <input type="checkbox"/> 週末等休日	
得意分野	該当する項目の口印を■にしてください(複数可) <input type="checkbox"/> 地域福祉 <input type="checkbox"/> 高齢者福祉 <input type="checkbox"/> 児童福祉 <input type="checkbox"/> 障がい者福祉 <input type="checkbox"/> 災害福祉		
語学	該当する項目の口印を■にしてください(複数可)、記載以外の言語はその他に記入願います。 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> 韓国語 <input type="checkbox"/> ポルトガル語 <input type="checkbox"/> フィリピン語 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
災害支援経験	(経験の有無は問いません)		
特記事項	(資格・免許・得意技; 運転免許、PSW、OTなど)		

事務局記入欄

登録年月日	平成 年 月 日	ボランティア保険加入	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
更新年月日	平成 年 月 日	ボランティア保険加入	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	平成 年 月 日	ボランティア保険加入	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	平成 年 月 日	ボランティア保険加入	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	平成 年 月 日	ボランティア保険加入	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
災害支援研修履歴	研修年月日	研修名	
	平成 年 月 日		
	平成 年 月 日		
	平成 年 月 日		
メモ欄			