

(公社) 日本社会福祉士会
熊本地震 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) → 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○)	2016年 9月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬	活動可能期間は6日間から1週間程度必要
	2016年10月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬	
	2016年11月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬	
	2016年12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)			