

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 → 日本社社会

2011年 月 日

東日本大震災 (社) 日本社会福祉社会  
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"/> 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( )	
	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 (普通 ・ AT限定) → 日常的に運転をしている はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> パソコン基本操作 (可 ・ 不可) その他資格・免許 ( )		
活動可能時期 (現地で活動可能な 時期に○)	2011年12月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬	活動可能期間は5日間 から1週間程度必要
	2012年1月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬	
	2012年2月	上旬 ・ 中旬 ・ 下旬	
	2012年3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、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。