石川県災害派遣福祉チーム員　登録シート

こちらに写真もしくは写真データを張り付けてください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 |  |
| 氏　　名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 勤務先法人 |  |
| 勤務先施設名 |  |
| 個人住所連絡先 | 住所 |  |
| 携帯電話番号 |  |
| メールアドレス | (携帯) |
| (ＰＣ) |
| 保有資格 | □社会福祉士　　□介護福祉士　 □精神保健福祉士　□介護支援専門員□ホームヘルパー(１級・２級)　 □社会福祉主事　 □保育士□幼稚園教論　　□理学療法士　 □作業療法士　　 □保健師□看護師　　　　□准看護師　　 □臨床心理士　　 □相談支援専門員□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※お持ちの資格について☑してください。 |
| 自動車運転免許等 | □有（普通・AT限定・大型・自動二輪・その他（　　　　　　　　　　））　日常的に運転している　□はい　　□いいえ□無 |
| 被災地支援経験等 | 被災地支援経験の有無　　　　　　　　　有　　・　　無（専門職派遣、災害ボランティア含む）　活動内容 |
| 特技災害支援へ対する思い等 | 　 |