

災害時派遣支援登録シート

氏名 \_\_\_\_\_ (性別) \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_ ブロック \_\_\_\_\_

所属先住所 〒 \_\_\_\_\_

登録年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

○ソーシャルワーカーの経験年数 \_\_\_\_\_ 年

○災害支援の経験の有無

なし

あり (被災地の場所： \_\_\_\_\_ )

(支援内容： \_\_\_\_\_ )

○災害に関する研修会参加の有無 (都協会に限らず)

なし

あり 研修名：① \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_

○自動車の運転は可能ですか (可 ・ 不可 )

[連絡先]

(災害派遣が必要な時に連絡用として使用します。)

第1連絡先：( 携帯 ・ 職場)

第2連絡先：( 携帯 ・ 職場)

携帯電話 \_\_\_\_\_

職場電話 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

FAXにて、お申し込みください。(送信票不要)

(03-5944-9745 / 東京都医療社会事業協会事務局)