送付先　　滋賀県社会福祉士会　　事務局

　　 shiga2944@sirius.ocn.ne.jp

　　　　２０２４年　　月　　日

**2024/4/16**

**【　　滋賀県　】社会福祉士会**

**能登半島地震支援活動者登録フォーム**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名  （フリガナ） | | （　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 日本社士会がつけ  た通しの会員番号 | | 所属都道府県（　　　　　　） | | | | | | 年齢 | | |  | |
| 可能な支援エリア | | □金沢市内のみ  □特にエリアにはこだわない | | | | | | 性別 | | | 男性　・　女性 | |
| 連絡先 | | □自宅　　　　　□勤務先 | | | | | | | | | | |
| 自  宅 | 住　所 | （〒　　　-　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | - 　- | | | | 携帯 | | | - 　 　　 - | | | |
| FAX |  | | | | | | | | | | |
| 勤  務  先 | 名　称 |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | （〒　　　-　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | - 　 - | | | | FAX | | | - 　 - | | | |
| 連絡先メール | | 注）携帯キャリアのメールは不可  ＠ | | | | | | | | | | |
| 実務経験  （必ずご記入ください） | | 相談支援業務 | | | 経験年数 | | | | | 年　　　ケ月 | | |
| □地域包括 　□高齢者 　□障害者 　□児童  □社協（経験分野：　 　）□その他（　　　　　） | | | | | | | |
| 要介護高齢者の相談支援経験 | | | 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 | | □ある（活動内容：　　　　　　　　　　　　　　　）（期間： 　日間程度）  　□ない | | | | | | | | | | |
| 運転免許、  資格等 | | □自動車運転免許　（ 普通 ・ ＡＴ限定 ）→日常的に運転している  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□はい　　　□いいえ  □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○） | | 2024年4月 | 中旬　　・　　下旬 | | | | | | | | | 被災地見守り相談支援事業は原則として3日以上の連続した活動となります。 |
| 2024年5月 | 上旬　　・　　中旬　　・　　下旬 | | | | | | | | |
| 2024年6月 | 上旬　　・　　中旬　　・　　下旬 | | | | | | | | |
| 2024年7月以降 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 派遣依頼文書の  要否 | | □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） | |  | | | | | | | | | | |