|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **令和元年度沖縄県災害派遣福祉チーム員登録研修・参加申込書**     |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 団体名 | ※種別協議会名を記入 | | | | 取りまとめ  担当者名 |  | 電話 |  | | E-MAIL |  | | |     〇**県災害派遣福祉チーム員登録研修・参加職員名** | | | | | | |
|  | 氏　　名 |  | | 性別 | 男　　・　　　女 |  |
| 所属  法人名 |  | | 役職名 |  |
| 所属  施設名 |  | | 現在の  業　務 |  |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　 年　　　月　　　日 | | 福祉職  経験年数 |  |
| 連絡方法 | 携帯電話番号 |  | | |
| メールアドレス | （携帯・スマートフォン） | | |
| 〃 | （職場ＰＣ） | | |
| 保有資格  職　　種 | □社会福祉士　　□介護福祉士　　　□精神保健福祉士　　□保育士  □介護支援専門員　　　　 □ホームヘルパー（ １級　・　２級 ）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □相談支援専門職　　　□介護職員　　　□生活相談員　　□児童指導員  □地域包括支援センター職員　　　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □自動車運転免許（　普通　・　大型　・　普通２輪　・　無し　） | | | |
| そ の 他 | （１）避難所支援活動経験の有無  　　　　有　⇒（具体的に：　　　　　　　　　　　）　　　・　無  （２）災害対応関連で受講や取得された資格  　　　　有　⇒（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　・　無 | | | |
| 希望受講地 | □本島地区　　　　　　　□八重山地区 | | | |
| ■所属法人及び施設長等推薦者    　法人（施設）名　　　　　　　　　　　　　理事長（施設長）名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | |