（様式第２－１号）

※協力団体（福祉施設関係団体）経由で提出

山梨県災害派遣福祉チーム員候補者登録票

　※記載いただいた個人情報は、山梨県災害派遣福祉チーム事務局において、山梨ＤＷＡＴに関する業務以外の目的では使用いたしません。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | 性別 |
| 氏名 | |  | | | | 男　・　女 |
| 生年月日 | | 昭和　・　平成　・　令和　　　年　　　月　　　日生　満（　　　　）歳 | | | | |
| 携帯電話 | 電話番号 |  | | | | |
| メールアドレス |  | | | | |
| 自宅 | 住所 | 〒　　　　　－ | | | | |
| 電話番号 | TEL： 　FAX： | | | | |
| 所属  施設・事業所 | 施設・事業所名 |  | | | | |
| 所在地 | 〒　　　　－ | | | （施設、事業所での役職・職種） | |
| 電話番号 | TEL： 　FAX： | | | | |
| メールアドレス |  | | | | |
| 保有資格 | | 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  防災士　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | 運転免許 |
| 有　・　無 |
| 実務経験 | 経験年数 | 年程度 | 分野 | 高齢者福祉　障害者福祉　児童福祉  その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 現在までの具体的な業務内容 |  | | | | |
| 被災地支援の経験 | | 有　⇒（災害名：　　　　　　　　活動内容：　　　　　　　　　　　）  無 | | | | |
| その他（連絡事項） | |  | | | | |

※以下は事務局が記入する欄です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出書受理日 | 年　　　　月　　　　日 | 派遣実績 |  |
| 登録研修受講日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 登録番号 |  |