***長野県社会福祉士会行　 送信先 FAX : 026-266-0339***

***E-mail： info@nacsw.jp***

台風１９号　被災地支援者登録フォーム

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | 性　別 | ・男性　　・女性 |
| 氏　　　名 | |  | | | |
| 会 員 番 号 | | （不明な場合不記載可） | 年　齢 | 歳 | | 生年月日 | 西暦  年　　月　　日 |
| 連　絡　先 | | □自宅　　　　□勤務先 | | | | | |
| 自　　宅 | 住所 | （〒　　　　―　　　　） | | | | | |
| 携帯番号 |  | | 電話番号 |  | | |
| ＦＡＸ |  | | | | | |
| E-mail |  | | | | | |
| 勤　務　先 | 名称 |  | | | | | |
| 住所 | （〒　　　　―　　　　） | | | | | |
| 電話番号 |  | | ＦＡＸ |  | | |
| E-mail |  | | | | | |
| 自動車運転免許 | | □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　　　　　□ある　　　　□ない  （専門職派遣、災害ボランティア含む）  活動内容： | | | | | |
| 主な実務経験 | |  | | | | | |
| 活動可能日 | | ※　11月末日までの間で、可能な日を記入ください。  ※　可能な日が変更になった場合等必ず事務局にメールで連絡ください  ※　可能な限り２～３日連続でお願いしますが、１日でも結構ですす。 | | | | | |
| 備　　考 | |  | | | | | |

○所属事業所への派遣依頼が必要な場合（PDFでメールで送らせていただきます）

宛先・職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail