|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **令和５年度沖縄県災害派遣福祉チーム登録研修　参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
|  団体名 | ※種別協議会・職能団体名を記入一般社団法人　沖縄県介護支援専門員協会 |
| 取りまとめ担当者名 | 事務局　大城 | 電話 | 098-887-4833 |
| E-MAIL | info@okicare.jp |

　　　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 |  |
| 所属先（職場）住所 | 　〒 |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　 年　　　月　　　日 | 福祉職経験年数 |  |
| 連絡方法 | 職場 TEL |  |
| 個人携帯 |  |
| メールアドレス（職場ＰＣ） |  |
| メールアドレス（個人・携帯等） |  |
| 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□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 |
| 　■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　 |