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		

○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