埼玉県災害派遣福祉チーム員登録フォーム

※　ご本人が記入してください。　　令和　　年　　月　　日現在

必要事項を記入の上、下記までメールにてご提出ください。

【提出先】
埼玉県社会福祉協議会
施設業務課
メール：
dwat@fukushisaitama.or.jp
電話：048-822-1467
※写真の添付は不要

ふりがな		性別	
氏　　名			
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生　満（　　）歳		

携帯電話	電話番号	ー　　ー		
	メール	@		
自宅	お住いの市町村	※市区町村以下の記載は不要です。 都・県　　市・区・町・村		
勤務先	ふりがな			
	名　称			
	所在地	〒　　ー		
	電話番号	ー　　ー	ＦＡＸ	ー　　ー
	E-mail	@		
	現在の職務内容	職名（　　） 職務内容（　　）		
保有資格		□社会福祉士　□介護福祉士　□精神保健福祉士　□介護支援専門員 □看護師　□保育士　□相談支援専門員　□その他（　　）		
福祉に関する実務経験	経験年数	年　　か月		
	分野	□高齢者福祉　□障害者福祉　□児童福祉 □その他（　　）		
災害時の支援経験		□ある（災害名：　　活動内容：　　） □ない		
自動車運転免許		□ある（普通・ＡＴ限定）　→日常的に運転している　□はい　□いいえ □ない		

埼玉県災害派遣福祉チームにおけるチーム員個人情報の取扱いについて（同意確認）

埼玉県災害福祉支援ネットワーク（会長：埼玉県福祉部長、事務局：埼玉県社会福祉協議会）は、チーム員登録等の際に取得した個人情報について、個人情報の保護に関する法律及び埼玉県社会福祉協議会が定めるプライバシーポリシーに基づき、チームに関する業務以外の目的では使用いたしません。

埼玉県災害福祉支援ネットワーク会長　様

埼玉県災害派遣福祉チームにおけるチーム員個人情報の取扱いについて同意します。

記名：　令和　　年　　月　　日　チーム員予定者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※以下は事務局が記入する欄です。

登 録 日	令和　　年　　月　　日	派遣実績	年　　月　　災害（派遣先
登録番号	第　　号		
研修受講			