

神奈川県介護福祉士会災害ボランティア

登録のお願い

未曾有の被害をもたらした東日本大震災から 4 年が経過しましたが、被災地の復興はまだまだ端緒の感があります。神奈川県や関東地方でも、地震発生の確率が高く、その備えの重要性は増すばかりです。このたび神奈川県では「神奈川県災害福祉広域支援ネットワーク」設置及び運営に係る検討を開始しました。当会でも、その備えとして、災害時等の活動がより迅速に行えるように介護専門職ボランティアとして活動を希望する介護福祉士の名簿の再作成をし、有事に備えたいと思います。災害時ボランティアとしての活動にご協力頂ける方は、下記申込書にご記入のうえ FAX またはメールにてお申し込み下さい。

災害時ボランティア申込書

記入日		平成	年	月	日	所属支部名	
フリガナ						会員番号 (1 4 0)	
氏名							
自宅	住所	〒					
	電話	TEL :	FAX:		携帯 :		
	e-mail	@					
勤務先		事業所名 : 所在地 : 職種 : TEL : FAX:					
希望する連絡先 (口欄に番号で優先順位 をご記入ください)		<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 職場電話 <input type="checkbox"/> 自宅 FAX <input type="checkbox"/> 職場 FAX <input type="checkbox"/> メール					
保有資格 (介護福祉士以外)		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 ・ <input type="checkbox"/> 社会福祉士 ・ <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 ・ <input type="checkbox"/> (正・準) 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()					
運転免許の有無		<input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある → (小型・中型・大型・その他 :)					
活動可能場所		<input type="checkbox"/> 県内 ・ <input type="checkbox"/> 関東圏内 ・ <input type="checkbox"/> それ以外も可					
ボランティア 保険加入の有無		<input type="checkbox"/> 加入していない <input type="checkbox"/> 加入している (有効期限 : 平成 年 月 日まで)					

第一次締切 : 平成 28 年 1 月 30 日

FAX : 0 4 5 - 2 2 2 - 6 6 7 6 E-mail : info@kanagawa-accw.org