

東京都災害派遣福祉チーム（東京 DWAT）登録書

西暦 年 月 日

東京都災害福祉広域支援ネットワーク事務局 宛

法人名

代表者氏名

(印)

東京都災害派遣福祉チーム設置運営要綱に基づき、下記のとおり東京 DWAT の登録を届け出ます。

■ 所属団体（*該当する部会等に○をつけてください）

東社協 施設部会等	① 区市町村社会福祉協議会部会	⑨ 障害児福祉部会
	② 東京都高齢者福祉施設協議会	⑩ 保育部会
	③ 東京都介護保険居宅事業者連絡会	⑪ 児童部会
	④ 医療部会	⑫ 乳児部会
	⑤ 更生福祉部会	⑬ 母子福祉部会
	⑥ 救護部会	⑭ 女性支援部会
	⑦ 身体障害者福祉部会	⑮ 住民参加型たすけあい活動部会
	⑧ 知的発達障害部会	⑯ 情報連絡会員

(*福祉系職能団体に加入している方は、下記の該当する団体にも○をつけてください)

福祉系 職能団体	① (公社) 東京社会福祉士会
	② (公社) 東京都介護福祉士会
	③ (一社) 東京都医療ソーシャルワーカー協会
	④ (特非) 東京都介護支援専門員研究協議会
	⑤ (一社) 東京精神保健福祉士協会

■ 所属施設の情報

登録者氏名	(連絡担当者 :)		
法人名			
施設・事業所名			
施設の住所	〒		
電話番号		ファックス 番号	

■ 東京DWA T登録者情報（詳細）

西暦 年 月 日現在

(フリガナ) 氏 名					
生年月日	西暦	年	月 日生	性別	
登録者の 連絡先	自宅住所 ※1	〒			
	電話番号 (携帯等)				
	メール アドレス ※2	勤務先（代表等）			
		個人用（勤務先）			
	個人用（携帯等）				

※1…全チーム員を災害派遣時の傷害保険に加入させていただき関係で、ご自宅住所の提供をお願いしております。
 ※2…事務局からのご連絡は主にメールにて行います。個人情報を含む内容以外は基本的に登録いただいたすべてのメールアドレスへ一斉送信いたしますので、あらかじめご了承ください。また、災害時に円滑な情報共有ができるよう、可能な範囲で個人用メールアドレスのご提供もお願いいたします。

役 職	福祉職経験年数	
職 種	①介護職員 ②生活相談員 ③介護支援専門員 ④生活支援員 ⑤保育士 ⑥相談員 ⑦看護師 ⑧管理者 ⑨その他（ ）	
保有資格 (※複数回答可)	①社会福祉士 ②介護福祉士 ③精神保健福祉士 ④介護支援専門員 ⑤介護職員初任者研修 ⑥保育士 ⑦理学療法士 ⑧作業療法士 ⑨言語聴覚士 ⑩保健師 ⑪看護師・准看護師 ⑫公認心理師・臨床心理士 ⑬防災士 ⑭その他（ ）	
自動車免許 の有無	①所持していない ②所持しているが、災害派遣時に運転できない ③所持しており、災害派遣時に運転できる ⇒免許の種類について、○をつけてください。 ・普通マニュアル / ・普通AT限定	
被災地支援の 経験や、災害 対策に関する 日頃の活動等 があれば、簡 潔にご記入く ださい。		
事務局への 連絡事項等	(* DWA T活動にあたっての不安や配慮を希望する点などがあればご入力ください)	

※本紙は研修会当日にご持参いただくか、後日ネットワーク事務局までご郵送ください