**職能団体会員用（関係様式I）**

**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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属職能団体名 |  | |
| 代表者氏名 |  | (印) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務先名 |  | |
| 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**（＊該当する職能団体に○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 |
| (＊勤務先が東社協の会員である場合は、下記の該当する部会等にも○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 | |

**■ 勤務先情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録者氏名 |  | （連絡担当者： |  | ） |
| 勤務先名 |  | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | ファックス |  | |

※災害派遣時には一定期間（５日程度）出勤できないことが想定されるため、福祉系職能団体に所属されている方は、可能な限り職能団体と勤務先両方からの承認を得て、公印を押してください。なお、やむを得ず勤務先からの承認を得ることが難しい場合は、職能団体からの承認のみでも可とします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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く関係で、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をお願いいたします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | （＊ＤＷＡＴ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） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* **東京ＤＷＡＴ登録者情報（詳細）**

※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