

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

■ 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 ④生活支援員 ⑦看護師	②生活相談員 ⑤保育士 ⑧管理者	③介護支援専門員 ⑥相談員 ⑨その他（ ）	
保有資格 (※複数回答可)	①社会福祉士 ④介護支援専門員 ⑦理学療法士 ⑩保健師 ⑬防災士	②介護福祉士 ⑤介護職員初任者研修 ⑧作業療法士 ⑪看護師・准看護師 ⑭その他（ ）	③精神保健福祉士 ⑥保育士 ⑨言語聴覚士 ⑫公認心理師・臨床心理士	
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