

一般社団法人 東京都医療社会事業協会
災害時派遣支援登録シート（記名式）

氏名 _____

所属 _____ ブロック _____

登録年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

○ソーシャルワーカーの経験年数 _____ 年

○災害支援の経験の有無

なし

あり（被災地の場所： _____）

（支援内容： _____）

○災害に関する研修会参加の有無（都協会に限らず）

なし

あり 研修名：① _____

② _____

③ _____

○自動車の運転は可能ですか（可・不可）

[連絡先]

（災害派遣が必要な時に連絡用として使用します。）

第1連絡先：（携帯・職場）

第2連絡先：（携帯・職場）

携帯電話 _____

職場電話 _____

メールアドレス _____