

公益社団法人 福岡県介護福祉士会 災害ボランティア活動登録カード

登録日 年 月 日

会員番号	40-	生年月日 (西暦) 年 月 日
ふりがな 氏 名 性 別	(男・女)	
住 所	〒	
電話番号	(自宅電話番号)	
	(緊急連絡先)	
	(携帯電話番号)	
メール アドレス	(パソコン) @ (携 帯) @ *派遣依頼の際は最初にメールで打診します。必ずご記入ください。 また、kaigokai@elf.coara.or.jp の迷惑メール設定解除をお願いいたします。	
連絡の取り やすい時間帯		
資格・免許など	*お持ちの資格があれば何でもご記入ください。	
希望の活動 活動内容		
活動 (派遣) 範囲	県内のみ ・ 九州内なら可 ・ 国内どこでも可	
活動可能な 日数・曜日 (○で囲って ください。)	日帰り ・ 1～2日 ・ 2～3日 ・ 3～4日 ・ 1週間 その他 () 希望曜日： 月 火 水 木 金 土 日 ・ 要相談	
自己PR	*仕事上の経験や、得意な事などをご記入ください。	

***本登録に関する情報は、災害時の救援・支援活動の目的以外には一切使用しません。**

(簡単なアンケートにお答えください。)

*日本介護福祉士会 介護福祉士災害支援ボランティアマニュアルを読みましたか? はい ・ いいえ

*福岡県介護福祉士会災害マニュアルを読みましたか? はい ・ いいえ

*災害ボランティアの経験がありますか? はい ・ いいえ