岩手県災害派遣福祉チーム員経歴書

受講申込とともに郵送9/30必着

〒020-0831

盛岡市三本柳8-1-3

岩手県社会福祉協議会福祉経営支援部　行

※顔写真はデータで送付のこと

* ご本人が記入してください。　　　　　　　　令和元年8月1日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 |  |
| 氏　　名 |  | 男・女 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　 年　　　　月　　　　日生　満（　　　）歳 | |  |
| ふりがな |  | | （自宅電話） |
| 現 住 所 | 〒 | |
| 個人携帯等  メール | ※チーム員連絡網用アドレス | | （携帯電話） |
| 派遣元法人又は  職能団体名 |  | | （連絡先電話） |
| 所属施設名 |  | | （連絡先電話） |
| （変更後） |  | |  |
| 所属施設  住所 | 〒 | | （連絡先e-mall） |
| （変更後） | 〒 | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| サイズ | 服（Ｓ・Ｍ・Ｌ・ＬＬ・３Ｌ）　靴（　　　　　　　㎝） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 福祉等職歴（在籍法人等・職名※必須又は主な業務内容）・災害支援経験（内容等） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 年 | 月 | 免許　　・　資格　　・　　研修（専門研修や救命講習等） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 個人で加盟している団体（職能団体等） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 家　族　構　成 | |
| 配偶者（有・無） | その他の家族（子　　人、　　　　　　　　　　　　　　　人） |

|  |
| --- |
| **持病・障がい等の有無**  かかりつけ医（病院等名：　　　　　　　　　　　　　　　、主治医：　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| **職務以外の福祉・災害に関わる活動など** |

|  |
| --- |
| **岩手県災害派遣福祉チームにおけるチーム員個人情報の取扱いについて（同意確認）**  　岩手県災害福祉広域支援推進機構は、チーム員登録等の際に取得した個人情報については、岩手県の個人情報保護条例及び岩手県社会福祉協議会が定めるプライバシーポリシーに基づき、チームに関する業務以外の目的では使用しません。  　岩手県災害福祉広域支援推進機構本部長　様  **岩手県災害派遣福祉チームにおけるチーム員個人情報の取扱いについて同意します。**  署名押印：**令和　　年　　月　　日　チーム員予定者　　　　　　　　　　　　　　印** |

※以下の欄は事務局が記入する欄です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録 | 令和　　年度 | | 派遣実績 | 年　　月（　　　　　災害、　　　　　　　　） |
| スキル1 | 令和　　年度 | |  |
| スキル2 | 令和　　年度 | 年度 |  |
| 更新 | 年度 | 年度 |  |
| 更新 | 年度 | 年度 |  |