

# 災害ボランティア活動登録カード



## 登録者募集について



“ 災害 ” いつ起こるかわからない、その時のために……

本会の「災害対策検討委員会」では、震災での災害支援活動を踏まえ、災害が発生した時の備えや支援・緊急時の備蓄・会員に対する支援などを検討し発信していきます。昨年起きた「熊本地震」でも先遣隊として災害対策検討委員が現地での支援活動に出向きました。

「災害」はいつ起こるかわかりません。そのため、介護支援ボランティアも状況に合わせた活動になると予想されます。

当会の活動は、介護福祉士の専門性をもって、介護を必要とする方々への生活支援に取り組む事と考えております。

つきましては、災害ボランティアとして活動する意思のある方に、事前に登録をお願いし災害時に備えたいと思います。

ボランティア登録カード（裏面・別紙1）をご記入の上、FAXまたは郵送にて福岡県介護福祉士会事務局まで送付くださいますよう併せてお願い申し上げます。



皆様のご登録を  
お待ちしております。



災害ボランティア活動登録カード送付先

〒812-0012 福岡市博多区博多駅中央街7-1 シック博多駅前ビル5F  
公益社団法人福岡県介護福祉士会 事務局（担当：甲斐）  
TEL 092-474-7015 FAX 092-436-5234

## 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ー	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