（様式第３号）

高知県災害派遣福祉チーム員推薦書

令和　　年　　月　　日

高知県知事　　　　　様

施設又は事業所名

代表者名

　高知県災害派遣福祉チーム設置運営要綱第７条第３項の規定に基づき、下記の者を高知県災害派遣福祉チームへ推薦します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | ふりがな  氏　　名 | 性別 | 生年月日 | 保有資格 | 本人の住所 | 勤務先の  電話番号 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |

　※行が足りない場合は、適宜追加してください。

　【記入担当者】

担当者名：

連 絡 先：

**高知県災害派遣福祉チーム（第３期）養成研修　受講申込書**

社会福祉法人高知県社会福祉協議会長　様

令和４年　　　月　　　日

　下記のとおり、高知県災害派遣福祉チーム（第３期）養成研修の受講を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属団体 | 高知県老人福祉施設協議会 | | |
| ふりがな |  | 生年月日 | （西暦）  年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 性　別 | 男　・　女 | 年　齢 | 歳 |
| 本人住所 | **〒** | | |
| 本人  携帯電話 |  | 本人  メール |  |
| チーム員対象資格 | 社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員・保育士・看護師  理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・相談支援専門員・医療ソーシャルワーカー・介護職員・生活相談員・生活支援員・地域包括支援センター職員  　※あてはまるものすべてに○ | | |
| 通算業務経験　　　　年　　　　月　※上記通算業務経験３年以上必要 | | |
| 勤務先  法人名 |  | | |
| 勤務先  施設・  事業所名 |  | | |
| 勤務先  所在地 | **〒** | | |
| 勤務先  電話 |  | 勤務先  ＦＡＸ |  |

（記入上の注意）

　①　「チーム員対象資格」欄は、あてはまるものすべてに〇をつけ、その通産業務経験年

数を記入してください

　②　記入いただいた内容は、研修の運営管理、高知県災害派遣福祉チームの登録管理に使

用いたします。