災害時支援者登録用紙

記載日　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（　ふりがな　）生年月日会員番号 | 　　　　　　　（　　　　）西暦　　　　年　　　月　　　日　　　　　　－　　　　 |
| 住所 |  |
| 所属地区名 |  |
| 連絡先 | 自宅：携帯：FAX： |
| メールアドレス | パソコン：携帯： |
| 緊急連絡先 | 氏名：電話番号：本人（登録支援者）との関係： |
| 活動内容（支援可能な□をクリックして下さい） | ＜支援員の皆様＞1. [ ] 　県内被災地への訪問による相談、保健指導
2. [ ] 　避難所での支援活動
3. [ ] 　他都道府県への支援活動

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）＜助産所施設をお持ちの方へ＞1. [ ] 　妊婦の宿泊受け入れ
2. [ ] 　母子の宿泊受け入れ
3. [ ] 　支援員の拠点施設として受け入れ

＊支援員は一時滞在させていただくだけで、食事などのお世話はいりません。その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

上記の個人情報は、(一社)埼玉県助産師会の災害支援活動目的で使用いたします。

1. 災害時支援要請時に再度、参加可能か質問をいたします。そこで最終的に埼玉県に支援員の報告をいたします。その後、保障対象となります。
2. 支援活動市町村から、支援者名簿の要請があれば上記情報の一部を市町村に対して公開をする事があります。
3. 申し出がない限りは、自動更新とします。災害時支援者として活動できなくなった時や情報の変更があった時は、お申し出ください。

この登録用紙の提出は　**災害対策委員長　増子まで**お願いいたします

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　災害対策委員長　増子麻里

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　mashikojosan@gmail.com

 電話090-4826-6580