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： |
| （支援可能な箇所にチェックを入れて下さい） | ＜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が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。

こちらの登録用紙は、災害対策委員長・染谷修子のメールアドレスsomeshuu@yahoo.co.jpまで

添付してお送りください。宜しくお願い申し上げます。