登 録 日 ： 年 月 日

宮崎県言語聴覚士会

災害リハビリテーション支援活動登録カード

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 会員番号 |  |
| 年　　齢 | 　　　　　歳 | 性　　別 | 男 ・ 女 |
| 希望連絡先 | ○をつけてください　職場TEL・職場Email・自宅TEL・自宅Email |
| 所 属 施設 | ◆施設名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)◆施設長（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）◆住所：〒◆電 話　　　　　　　　　　　　　◆FAX◆E-mail |
| 自宅住所 | ◆住所：〒◆電 話　　　　　　　　　　　　　◆FAX◆E-mail◆緊急連絡先（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡のとれる時間帯 |  |
| 資格・免許など |  |
| 経験実績 | 経験年数（　　　　年）経験分野（急性　，　回復期　，　維持期　，訪問　，　その他：　　　　　　　） |
| 活動可能日など＊おおよその日程を可能な範囲でご記載ください。 | 可能期間（　　　　　/　　　　　～　　　　　/　　　　） |
| その他要望など |  |

※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。