

(様式第1号の1)

大分県福祉避難所サポーター(事業所サポーター)登録申請書

年 月 日

大分県社会福祉協議会 会長 殿

法人名

法人所在地

代表者名

電話番号

大分県福祉避難所サポーター登録要領第4条第1項に基づき、大分県福祉避難所サポーター(事業所サポーター)に下記のとおり登録することを申請します。
なお、登録申請書に基づき作成した名簿を県及び県内市町村に提供することを承諾します。

記

施設(事業所)について

施設(事業所)名	
施設(事業所)所在地	
連絡先(電話)	
連絡先(FAX)	
連絡先(E-mail)	
連絡責任者氏名	

派遣可能者(※)について

資格(職種)	実人数(人)
介護職員初任者研修(ホームヘルパー2級)	人
実務者研修(介護職員基礎研修・ホームヘルパー1級)	人
介護福祉士	人
その他()	人

※派遣可能な資格・職種名と実人数を記載して下さい。
実人数は、重複しないように、上位の資格でカウントして下さい。