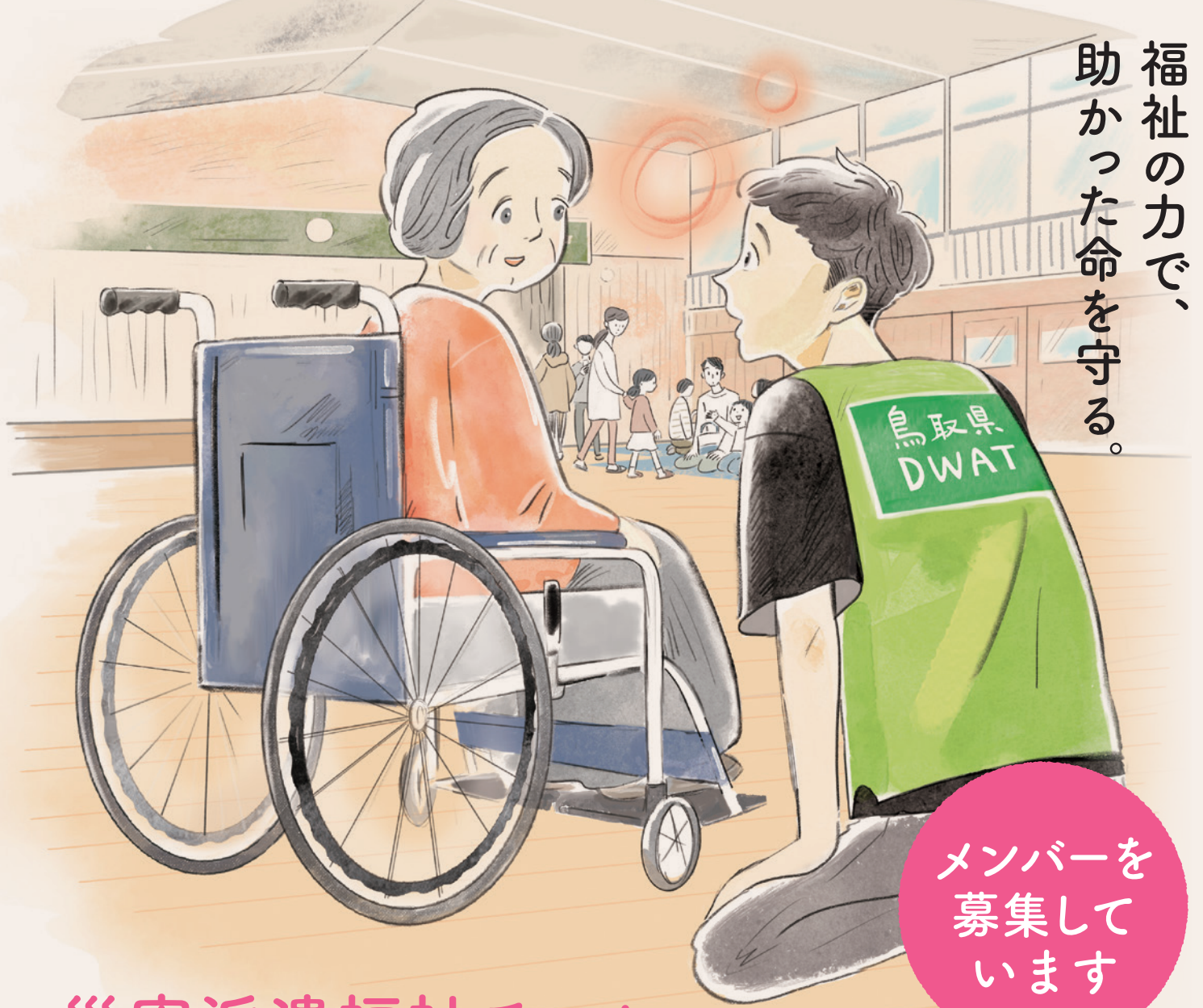


福祉の力で、
助かった命を守る。



メンバーを
募集して
います

災害派遣福祉チーム

鳥取県DWAT

災害派遣福祉チーム(DWAT/ディーワット)は、被災地の避難所などで福祉的な視点を活かし、要配慮者の災害関連死や介護状態の重度化などの二次被害を防止し、安定的な日常生活への移行を支援します。社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、保育士など福祉の専門職で構成され、県知事により派遣される公式な活動です。

社会福祉士

介護福祉士

介護支援専門員

保育士

その他、福祉に関する
資格や経験をお持ちの方

ご登録申請については、本チラシ裏面の登録申請書にご記入の上、下記の間合せ先へご連絡ください。



 鳥取県 DWAT

Disaster Welfare Assistance Team

登録
問合せ先

鳥取県災害福祉支援センター(鳥取県社会福祉協議会内)
TEL(0857)30-6367 FAX(0857)59-6341

E-mail saigai-c@tottori-wel.or.jp HP <https://www.tottori-wel.or.jp/tottori-saigai-c/x160/>



鳥取県災害派遣福祉チーム員登録申請書

鳥取県災害派遣福祉チーム事務局 御中

住所

氏名

鳥取県災害派遣福祉チームのチーム員としての活動を希望するので、鳥取県災害派遣福祉チーム設置運営要綱第5条第1項第1号の規定に基づき、登録を申請します。

ふりがな		
氏名		
先遣隊等要員の登録希望	有 ・ 無	
性別		
生年月日		
保有する資格		
所属する職能団体	<input type="checkbox"/> 鳥取県社会福祉士会 <input type="checkbox"/> 鳥取県介護福祉士会 <input type="checkbox"/> 鳥取県介護支援専門員連絡協議会 <input type="checkbox"/> 該当なし	
平時・災害時のDWAT活動に必要な範囲内で、関係機関等へ個人情報を提供することについての同意	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
携帯電話番号		
電子メール (緊急時に閲覧可能なもの)		
勤務先	名称	
	所在地	
	役職	
	電話	
	ファクシミリ	
	登録の承諾	上記申請者の登録について承諾します。 役職名 氏名 印
自宅	上記の勤務先の承諾がある場合は、以下の自宅欄の記載は不要です。	
	住所	
	電話	
	ファクシミリ	
その他		