

(様式第1-1号)

山梨県災害派遣福祉チーム協力施設等届出書
【協力団体（福祉施設関係団体）用】

令和 年 月 日

山梨県社会福祉協議会長 殿

協力団体名

代表者名

（ 担当者氏名
連絡先（電話） ）

山梨県災害派遣福祉チーム設置運営要領第2条第2項に基づき、山梨県災害派遣福祉チームへの協力施設等を届け出ます。

	法人名	施設・事業所名	施設・事業所種別	施設・事業所所在地
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

※行が足りない場合は、適宜追加して下さい。

※協力施設・事業所から提出される様式第1-2号を添付して下さい。

(様式第1-2号)

※協力団体（福祉施設関係団体）経由で提出

山梨県災害派遣福祉チーム協力施設等届出書
【協力施設・協力事業所用】

令和 年 月 日

山梨県社会福祉協議会長 殿

法人住所

法人名

代表者名

山梨県災害派遣福祉チーム設置運営要領第2条第2項に基づき、山梨県災害派遣福祉チームへの協力について届け出ます。

施設・事業所名	
施設長・事業所長名	
所在地	〒
施設・事業所種別	
連絡先	担当者（職・氏名）
	TEL
	FAX
	メールアドレス

※協力団体（福祉施設関係団体）経由で提出して下さい。

※所属職員から提出される様式第2-1号を添付して下さい。

山梨県災害派遣福祉チーム員候補者登録票

※記載いただいた個人情報、山梨県災害派遣福祉チーム事務局において、山梨DWA Tに関する業務以外の目的では使用いたしません。 年 月 日現在

ふりがな				性別
氏名				男 ・ 女
生年月日		昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生 満 () 歳		
携帯 電話	電話番号			
	メールアドレス			
自宅	住所	〒 —		
	電話番号	TEL :	FAX :	
所属施設・ 事業所	施設・事業所名			
	所在地	〒 —	(施設、事業所での役職・職種)	
	電話番号	TEL :	FAX :	
	メールアドレス			
保有資格		<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 防災士	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー
				運転免許 有 ・ 無
実務 経験	経験年数	年程度	分野	<input type="checkbox"/> 高齢者福祉 <input type="checkbox"/> 障害者福祉 <input type="checkbox"/> 児童福祉 <input type="checkbox"/> その他 ()
	現在までの具体的な業務内容			
被災地支援の経験		<input type="checkbox"/> 有 ⇒ (災害名 : 活動内容 :) <input type="checkbox"/> 無		
その他 (連絡事項)				

※以下は事務局が記入する欄です。

届出書受理日	年 月 日	派遣 実績
登録研修受講日	年 月 日	
登録番号		

(様式第2-2号)

※協力団体（福祉関係職能団体）経由で提出

山梨県災害派遣福祉チーム員候補者登録票

※記載いただいた個人情報、山梨県災害派遣福祉チーム事務局において、山梨DWA Tに関する業務以外の目的では使用いたしません。

年 月 日現在

ふりがな					性別
氏名					男 ・ 女
生年月日		昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生 満 () 歳			
携帯 電話	電話番号				
	メールアドレス				
自宅	住所	〒 _____			
	電話番号	TEL :	FAX :		
所属団体名					
保有資格		<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 防災士 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			運 転 免 許
					有 ・ 無
実務 経 験	経験年数	年程度	分野	<input type="checkbox"/> 高齢者福祉 <input type="checkbox"/> 障害者福祉 <input type="checkbox"/> 児童福祉 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	現在までの具体的な業務内容				
被災地支援の経験		<input type="checkbox"/> 有 ⇒ (災害名 : _____ 活動内容 : _____) <input type="checkbox"/> 無			
その他 (連絡事項)					

※以下は事務局が記入する欄です。

届出書受理日	年 月 日	派遣 実績
登録研修受講日	年 月 日	
登録番号		

(様式第3号)

山梨県災害派遣福祉チーム協力会員等届出書
【協力団体（福祉関係職能団体）用】

令和 年 月 日

山梨県社会福祉協議会長 殿

協力団体名

代表者名

（ 担当者氏名
連絡先（電話） ）

山梨県災害派遣福祉チーム設置運営要領第2条第3項に基づき、山梨県災害派遣福祉チームへの協力会員等を届け出ます。

※所属会員から提出される様式第2-2号を添付して下さい。

山梨県災害派遣福祉チーム登録者名簿


登録番号	登録日	ふりがな氏名	性別	生年月日	年齢	職種	保有資格	実務経験年数 (注1)	法人名 (注2)	法人連絡先 (電話) (注2)	法人連絡先 (メール) (注2)	施設・事業所名	施設・事業所連 絡先 (電話)	施設・事業所連 絡先 (メール)	施設・事業所所 在地域	居住地域	備考欄	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

(注1) 登録日時点の実務経験年数

(注2) 福祉関係職能団体所属の個人会員は、「法人」を「団体」と読み替えて記載する。

(表)

(様式第6号)

 **山梨県 DWAT**

山梨県災害派遣福祉チーム員登録証

登録番号 第 _____ 号
登録日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名 山梨 太郎

上記の者について、山梨県災害派遣福祉チーム設置運営要領第3条第1項に掲げる所定の研修を修了し、同条第2項の規定に基づく山梨県災害派遣福祉チーム員登録者名簿に登録されたことを証明します。

山梨県知事 印

写 真

55mm

94mm

(裏)

注意事項

1. チーム員は、チーム員としての活動期間中、常にこの登録証を携帯すること。
2. この登録証を他人に譲渡又は貸与しないこと。
3. 山梨県災害派遣福祉チーム設置運営要領第3条第5項の規定に基づき山梨県災害派遣福祉チーム員の登録を抹消された場合は、この登録証を返還すること。
4. この登録証を紛失し、又は損傷したときは、山梨県災害派遣福祉チーム設置運営要領第3条第7項の規定に基づき登録証の再交付を受けること。
5. 山梨県知事印のないものは無効である。

◆連絡先

山梨県福祉保健部福祉保健総務課	TEL 055-223-1443
山梨県社会福祉協議会	TEL 055-254-8610

(様式第7-1号)

山梨県災害派遣福祉チーム員変更・脱退届出書
【協力施設・事業所法人用】

令和 年 月 日

山梨県社会福祉協議会長 殿

法人住所
法人名
代表者名

山梨県災害派遣福祉チーム設置運営要領第3条第3項に基づき、届出事項に変更等が生じたので届け出ます。

	届出事項に変更があります（変更内容は以下のとおり）
	チーム員から脱退します

※該当する項目に○をつけて下さい。

【変更内容】 ※変更のある箇所のみ記載

項目	変更前	変更後
ふりがな 氏名		
保有資格		
職種		
所属施設・事業所 (施設・事業所所在地)		
派遣依頼時連絡先 (電話番号・メールアドレス)		
本人の連絡先 (住所・電話番号・メールアドレス)		
その他		

(様式第7-2号)

山梨県災害派遣福祉チーム員変更・脱退届出書
【福祉関係職能団体会員用】

令和 年 月 日

山梨県社会福祉協議会長 殿

チーム員氏名
(登録番号 第 号)

山梨県災害派遣福祉チーム設置運営要領第3条第3項に基づき、届出事項に変更等が生じたので届け出ます。

	届出事項に変更があります(変更内容は以下のとおり)
	チーム員から脱退します

※該当する項目に○をつけて下さい。

【変更内容】 ※変更のある箇所のみ記載

項目	変更前	変更後
ふりがな 氏名		
性別		
保有資格		
住所		
電話番号		
メールアドレス		
その他		

(様式第8号)

山梨県災害派遣福祉チーム員登録証再交付申請書

令和 年 月 日

山梨県社会福祉協議会長 殿

氏名
生年月日
登録番号

下記の理由により、山梨県災害派遣福祉チーム員登録証の再交付を山梨県災害派遣福祉チーム設置運営要領第3条第7項の規定に基づき申請します。

1. 再交付申請理由（該当する項目に○をつけて下さい。）

	紛失（再交付後に紛失した登録証が見つかった場合は、旧登録証を県に返還すること）
	損傷（損傷した登録証を添付すること）

2. 紛失又は損傷の理由

(様式第10号)

山梨県災害派遣福祉チーム派遣要請書

令和 年 月 日

山梨県知事 殿

(市町村) 長

担当部署名
担当者氏名
TEL
FAX
メールアドレス

山梨県災害派遣福祉チーム設置運営要領第6条第2号に基づき、次のとおり山梨県災害派遣福祉チームの派遣を要請します。

	派遣先施設名	所在地	連絡責任者	派遣希望職種・人数	備考
1					
2					
3					