

福祉救急隊 登録用紙

福祉救急隊として、下記のとおり「中核地域生活支援センターひだまり」に登録いたします。又、福祉救急隊登録の解消は、センターに申し出て頂ければすぐに行えます。

登録年月日	平成 年 月 日	
お名前	①	
生年月日		
ご住所	〒	
連絡先（ご自宅）		
連絡先（携帯）		
勤務先		
勤務先電話番号		
ホームページ上の登録者リストへの氏名の公開	可・不可	
資格	弁護士・司法書士・医師・看護師・薬剤師・社会福祉士・ 介護福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員・ その他（ ）	
ご協力いただける分野	児童・障害者（身体・知的・精神）・高齢者・権利擁護・ その他（ ）	
ご協力いただける内容	曜日	
	時間帯	
	その他（内容等）	

正当な理由がない限り、福祉救急隊業務に関して知り得た人の秘密を漏らさないことを約束いたします。尚、福祉救急隊業務の登録を解消した後においても同様とします。

平成 年 月 日
氏名 ①