

# 災害支援管理栄養士・栄養士 人材登録カード

No. \_\_\_\_\_

提出日 年 月 日

会員番号			所属職域協議会		
フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名			生年月日(西暦)	年	月 日( 歳)
血液型	A ・ B ・ O ・ AB		アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無
自宅住所	〒		TEL		
			携帯		
			FAX		
			e-mail		
			すだちくんメール登録	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
勤務先住所	勤務先				
	部署名				
	〒		TEL		
			FAX		
e-mail					
緊急連絡先	フリガナ				
	氏名	本人との続柄( )			
	TEL	自宅			
	TEL	携帯			
	TEL	勤務先			
活動可能場所 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 県内	<input type="checkbox"/> 県外			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
活動可能な日数 可能な期間	<input type="checkbox"/> 1日	<input type="checkbox"/> 継続する3日間			
	<input type="checkbox"/> 継続する1週間	<input type="checkbox"/> 継続する1週間以上			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
活動可能内容 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 一般被災住民への食生活支援				
	<input type="checkbox"/> 要配慮者への食生活支援 ( <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 慢性疾患)				
	<input type="checkbox"/> 被災給食施設の支援				
	<input type="checkbox"/> 炊き出しの指導				
	<input type="checkbox"/> 後方支援 (献立作成・資料作成など現地派遣ではない支援)				
	<input type="checkbox"/> 物品管理				
	<input type="checkbox"/> その他 具体的に( )				
経 歴	被災地において支援の経験がありますか		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	☆ある方はその内容を簡単に記載してください ( )				
JDA-DAT	リーダー研修会受講	<input type="checkbox"/> 有	登録番号( )	<input type="checkbox"/> 無	
移動手段 (複数回答可)	運転は可能ですか				
	<input type="checkbox"/> 車	<input type="checkbox"/> バイク	<input type="checkbox"/> 自転車		