

(記入不要)

応募者番号

愛媛県災害時福祉人材マッチング制度登録申込書 (別添2)

【2-① 現役職員対象】

年 月 日

(市町名)

長様

私は、愛媛県災害時福祉人材マッチング制度の以下の求人に申し込みます。
また、登録者として決定されれば、災害時に避難所等にて要配慮者等の支援に従事します。

○登録を申し込む求人 (災害時福祉人材マッチング制度求人リスト参照)

市町名	整理番号	活動地域

○登録申込者

ふりがな	
氏 名 (印)	
年 月 日生	満(歳) 男・女
現住所 〒	
E-mail	
(自宅電話)	(携帯電話)
現在の 職務内容	
資格	
実務経験 年数	

○登録申込者が所属する施設等

所属する施設又は事業所 (A)	(A)の住所
(A)の電話番号	所属法人名

【登録申込者所属法人又は施設・事業所】

承諾書

年 月 日

上記の者が、愛媛県災害時福祉人材マッチング制度の登録者として決定されれば、災害時における要配慮者等の支援のため、業務命令により避難所等に派遣することを承諾します。

(法人名又は施設・事業所名)

(住 所)

(代表者)

(印)

担当者名	
電話番号	
E-mail	