災害支援管理栄養士・栄養士　人材登録カード　　 　№

提出日　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  |  |  | 性別 | 男　・　女 |
| 所属職域事業部 | 医療　学校健康教育　研究教育　勤労者支援　公衆衛生　地域活動　福祉 |
| 所属支部 | 佐賀中部　　　　鳥栖　　　　唐津　　　　伊万里　　　　杵藤 |
| 年　　齢 | 　　　　　　　歳 | 生年月日（西暦） |  |
| 血液型 | A ・ B ・ O ・ AB | 食物アレルギーの有無 | * 有　・　□　無
 |
| 自　宅 | 郵便番号 |  | e-mail |  |
| 住　所 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| 携　帯 |  | 栄養士会LINE登録 | * 有　・　□　無
 |
| 勤務先 | 勤務先 |  |
| 部署名 |  |
| 郵便番号 |  | e-mail |  |
| 住　所 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| 緊急連絡先 | ふりがな |  | 本人との続柄 |  |
| 氏　名 |  | 自宅℡ |  |
| 勤務先℡ |  | 携帯℡ |  |
| 活動可能場所（複数回答可） | * 近隣市町　　□　県内　　□　県外　　□　その他（　　　　　　　　　）
 |
| 活動可能な時間 | * 昼間　　　　　□　夕方　　　　　　□　週末　　　　□　平日

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 活動可能内容（複数回答可） | * 一般被災住民への食生活支援
* 要配慮者への食生活支援

（□　乳幼児　□食物アレルギー　□　妊産婦　□　高齢者　□　慢性疾患）□　被災給食施設の支援□　炊き出しの指導□　後方支援（献立作成・資料作成など、現地派遣でない支援）□　物品管理□　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　　　□　有　　　□　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　□　有　登録番号（　　　　　　　　　）　□　無 |
| 移動手段（複数回答可） | 運転は可能ですか　　□　車　　　　□　バイク　　　□　自転車 |

※ご記入いただいた個人情報は、上記の利用目的のみに使用し、第三者に提供することはございません。