

令和4年6月24日

会員 各位

一般社団法人
愛媛県地域密着型サービス協会
理事長 河本 圭仁
(公印省略)

災害時福祉人材マッチング制度登録申し込みについて (依頼)

平素から、本会の円滑な運営に御協力いただきお礼申し上げます。

愛媛県では、災害時の福祉避難所等における要配慮者に対する福祉支援体制の充実を図るため、県内20市町と医療・看護・リハビリ・介護・福祉の関係団体等との連携の下、平成29年度に愛媛県災害時福祉支援地域連携協議会を設立し、「災害時福祉人材マッチング制度」による福祉避難所等で支援いただく福祉等専門職の確保に取り組んでいるところです。

今年度も各市町から県に対して必要とする福祉人材の配置場所や人数等を示した福祉等専門職の求人リストが提出され、県より登録者の確保に対する協力依頼がありました。

つきましては、所属職員の皆様方や退職された方へもお知らせいただくとともに、登録申し込みについて御協力をお願いいたします。

また、登録申込希望があった際には、本会を通じて県に登録申込書を提出することとなっておりますので、8月30日(火)までに本会に対して登録申込書をお送りいただきますようお願いいたします。

なお、登録申込については、締切日以降も受け付けておりますので、随時提出していただくよう御協力をお願いいたします。

【提出先】

団体名：一般社団法人

愛媛県地域密着型サービス協会 事務局

住 所：松山市土居田町23-5 烏谷ビル2F

担当者：黒田 慧史

連絡先：089-989-2550

F A X：089-989-2557

Email: info@ehime-cms.com

(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	

(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5)
【2-② 離職者・OB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、無償ボランティアとして
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		Ⓜ
年	月	日生 満(歳) 男・女
現住所 〒		
E-mail		
(自宅電話)		(携帯電話)
現役時の 職務内容		
資格		
実務経験 年数		

○登録申込者が現役時に所属していた施設等 (主なもの1つ)

現役所属していた施設又は事業所 (A)	現役時に所属していた法人名