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。