



(別紙1)

JDF構成団体名					
所属団体			記入日		
団体TEL	団体FAX		団体メルアド		
人員派遣可能期間	月 日 ~ 月 日	現地到着予定日時	月 日 14時	現地出発予定日時	月 日 (正午解散)

※日曜着、土曜発の7日間1クールが基本となります。 ※宿舎（熊本県身体障害者福祉センター）到着予定をお書きください。日曜14時着が基本

<車両派遣について> ※派遣の際保険証券のコピー・スペアキーをご持参ください。

番号	車種	定員	車両No
1			—
2			—
3			—

<人員派遣について> ※活動期間中の保険申請に活用する為、年齢等も含め正確にご記入ください。

番号	氏名	フリガナ	会員名(及び県名)	性別	年齢	血液型	災害支援経験	運転免許	携帯電話番号	現業務内容/経験年数
1 (責任者)						RH ^型 ₊₋	有・無	有・無		年 /
2						RH ^型 ₊₋	有・無	有・無		年 /
3						RH ^型 ₊₋	有・無	有・無		年 /
4						RH ^型 ₊₋	有・無	有・無		年 /
5						RH ^型 ₊₋	有・無	有・無		年 /

※障害者支援(居宅・施設問わず)の経験があれば問題ありません。

■ 申込書は、正確にご記入いただき遅くとも派遣可能期間の10日前までにはご提出ください。

JDF災害総合支援本部 FAX: 03-5292-7628 E-mail: jdf_info@dinf.ne.jp