**日常生活自立支援事業生活支援員登録カード**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 登 録 日 | | 年 月 日 | |
|  |  | | | | |
|  | 昭和　 年 月 日（ 歳） | | | | |
|  | 〒 － | | | | |
|  | （ ） － | | | | |
|  | （ ） － | | | | |
| 職 歴 | 勤務先 | | 職 種 | | 年 数 |
|  | |  | | 年 |
|  | |  | | 年 |
|  | |  | | 年 |
|  | １．有  ２．無  ＊有に○をされた方は、具体的にご記入ください。 | | | | |
| 活動に際しての  自家用車使用希 | １．使用したい  ２．使用しない  ＊使用したいと答えた方にお尋ねします。自動車任意保険に加入していますか。  １．い る（対人賠償 万円、対物賠償 万円）  ２．いない | | | | |
|  | ＊該当する項目に全て印をつけてください。  □社会福祉施設の職員 □民生委員・児童委員 □福祉委員  □ホームヘルパー □ガイドヘルパー □保健・医療関係者  □教育関係者 □ボランティア関係者 □ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ  □金融機関の職員 □行政機関のＯＢ・ＯＧ □社協のＯＢ・ＯＧ  □社協関係者（理事等） □相談機関のＯＢ・ＯＧ □人権擁護委員  □その他（ ） | | | | |
|  | ＊該当する項目に全て印をつけてください。  □社会福祉士 □介護福祉士 □精神保健福祉士  □社会福祉主事 □作業療法士・理学療法士 □看護師  □保健師　　 □介護支援専門員 □ホームヘルパー（ 級）  □その他（ ） | | | | |
| 備 考 |  | | | | |