【様式１】（会員施設→地区老施協→愛媛県老施協）

愛媛県老人福祉協議会

災害派遣チーム　登録者一覧

年 月 日

（　地　区　老　施　協　名　）会長 様

|  |
| --- |
| 施設名・代表者名 |
|  |
| 連絡先 |
|  |

登録者一覧

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **氏名** | **性別** | **年齢層** | | **職種** | **登録区分** |
| **1** |  |  |  | 代 |  | ☐新規／☐継続 |
| **2** |  |  |  | 代 |  | ☐新規／☐継続 |
| **3** |  |  |  | 代 |  | ☐新規／☐継続 |
| **4** |  |  |  | 代 |  | ☐新規／☐継続 |
| **5** |  |  |  | 代 |  | ☐新規／☐継続 |

※年齢層…20歳以上、29歳以下は「20代」というように10歳単位でご記入ください。

※欄が不足する場合は、欄を追加してください。

【様式２】（地区老施協→会員施設）

愛媛県老人福祉協議会

災害派遣チーム　派遣依頼書

年　　月　　日

災害派遣チーム登録者　所属長 様

　　　月　　日に 　　　　　　　　　で発生した（災害名）

における（施設名）　　　　　　　　　　　　 への派遣を依頼します。

（　地　区　老　施　協　名　）

会　長　　　　　　　　　 （会長印省略）

（１）派遣日程等

　　派遣希望日：　　　年　　　月　　　日（　）

（２） 派遣先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被災市町： |  | |
| 被災施設： |  | |
|  | 所在地 |  |
|  | ＴＥＬ |  |
|  | ＦＡＸ |  |
|  | メール |  |
|  | 連絡担当者 |  |
| 要請人数： | （　　　　　）人 | |
| 要請内容： |  | |

【様式３】（会員施設→地区老施協）

愛媛県老人福祉協議会

災害派遣チーム　派遣可能者一覧

年 月 日

（　地　区　老　施　協　名　）会長 様

|  |
| --- |
| 施設名・代表者名 |
|  |

　　　月　　日に 　　　　　　　　　で発生した（災害名）

における（施設名）　　　　　　　　　　　　 への派遣依頼について次のとおり回答します。

派遣可能者一覧

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **氏名** | **職種** | **携帯電話番号** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |

※本用紙での回答＝派遣決定ではありません。派遣者は、各会員施設からの回答（派遣可能者）に

基づき、地区老施協において決定し、お知らせします。

【様式４】（被災会員施設→地区老施協→愛媛県老施協）

愛媛県老人福祉協議会

災害派遣チーム　派遣依頼書

年　　月　　日

愛媛県老人福祉施設協議会長 様

　　　月　　日に 　　　　　　　　　で発生した（災害名）

における（施設名）　　　　　　　　　　　　 への派遣を依頼します。

（　地　区　老　施　協　名　）

会　長　　　　　　　　　 （会長印省略）

（１）派遣日程等

　　派遣希望日：　　　年　　　月　　　日（　）

（２） 派遣先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被災市町： |  | |
| 被災施設： |  | |
|  | 所在地 |  |
|  | ＴＥＬ |  |
|  | ＦＡＸ |  |
|  | メール |  |
|  | 連絡担当者 |  |
| 要請内容： |  | |

（３） チーム編成 ※◎はリーダー、 ○はサブリーダー

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 職種 | 所属施設（法人） | 連絡先 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

※地区老施協からお知らせする災害派遣チームのメンバーを記載してください。

（４）現地の状況（地図等があれば添付のこと）

【被災状況】

【道路状況】

【活動予定施設の状況】

・入所者の状況

・ 職員の状況

・避難者の状況

・ライフライン

【その他】

【様式５】（地区老施協→愛媛県老施協・災害派遣チーム）

関係者連絡先一覧【令和　　年　　月　　日　　　　　市・町　　　　　　　災害】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | 電話番号 | メール |
| 愛媛県老施協 |  |  |
| 事務局（電話） | 089-921-8566 | jimukyoku@e-roushi.jp |
| 事務局（FAX） | 089-921-3398 |  |
| 携帯電話 | 090-1002-2424 |  |
| （　地　区　）老人福祉施設協議会 | | |
| 代表 |  |  |
| 直通 |  |  |
| 担当者個人（ ） |  |  |
| 担当者個人（ ） |  |  |
| 派遣先被災施設 | | |
| 代表 |  |  |
| 施設長・管理者 |  |  |
| 担当者個人（ ） |  |  |
| 担当者個人（ ） |  |  |
| 災害派遣チーム | | |
| リーダー携帯電話 |  |  |
| サブリーダー携帯電話 |  |  |

※チームリーダーの方は 「集合時・ 出発時・被災施設到着時・被災施設出発時・解散時」 に地区又は県老施協連絡先へ電話またはメールにて必ず報告・連絡を行うこと。

【様式６】（災害派遣チーム→地区老施協→愛媛県老施協）

愛媛県老人福祉協議会

災害派遣チーム　活動報告書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 活動日 | 年　　月　　日 | リーダー |  | サブリーダー |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ※活動内容 | 今後の対応（活動継続の必要性など） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| その他事務局等への情報提供 | |

※活動…被災地域の会員施設において、ニーズの把握・支援等を行うとともに早期の業務再開に向

　　　　けた活動（原則日帰りによる片付け・清掃等）を行う。