

西暦 年 月 現在

会員番号		支部・事業部	支部・事業部
フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日(西暦)	年 月 日
血液型	A・B・AB・O	アレルギーの有無	有・無
自宅住所	〒	TEL	
		携帯	
		FAX	
		e-mail	場所を問わず確認可能なメールアドレスを記載して下さい。
勤務先住所	勤務先		
	部署名		
	〒	TEL	
		FAX	
		e-mail	
免許	栄養士 ・ 管理栄養士		
緊急連絡先	フリガナ		
	氏名	本人との続柄( )	
	TEL	自宅	
	TEL	携帯	
	TEL	勤務先	
活動可能場所 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 県内 どこでも <input type="checkbox"/> 岡山市 <input type="checkbox"/> 倉敷市 <input type="checkbox"/> 備前保健所管内(岡山市を除く) <input type="checkbox"/> 備中保健所管内(倉敷市を除く) <input type="checkbox"/> 備北保健所管内 <input type="checkbox"/> 真庭保健所管内 <input type="checkbox"/> 美作保健所管内		
活動可能な日数 可能な期間 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1日		<input type="checkbox"/> 継続する3日間
	<input type="checkbox"/> 継続		<input type="checkbox"/> 継続する1週間以上
	<input type="checkbox"/> その他 理由他( )		
活動可能内容 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ①巡回栄養指導の実施(一般被害住民への食生活支援) <input type="checkbox"/> ②食生活相談者への栄養相談の実施 (乳幼児・妊産婦・虚弱高齢者・食事制限対象者への食事提供実施) <input type="checkbox"/> ③被災給食施設への支援 <input type="checkbox"/> ④炊き出しの献立・調理の作成支援 <input type="checkbox"/> ⑤後方支援(献立作成・資料作成など現地派遣ではない支援) <input type="checkbox"/> ⑥その他 具体的に( )		
可能業務 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 病態栄養	<input type="checkbox"/> 炊き出し指導	<input type="checkbox"/> アレルギー対応
	<input type="checkbox"/> 嚥下・介護等	<input type="checkbox"/> 在宅訪問	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 乳幼児	<input type="checkbox"/> 物品管理	<input type="checkbox"/>
経歴	被災地において支援の経験がありますか <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	☆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)	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩		
	同乗者ありの運転は可能ですか はい・いいえ		