**「2018年7月豪雨支援」　人員派遣登録用紙**

派遣可能な日程を挙げてください。

保険登録の関係で、登録者の住所が必要になりますので、下記に情報の記載をお願いいたします。

派遣が決定しましたら、改めて、ご連絡させていただきます。

登録日　平成30年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 登録者氏名（漢字） | 　 |
| 登録者氏名（かな） | 　 |
| 住　所 |  |
| 年　齢 | 　　　歳 |
| 性　別 | 　 |
| 所　属 | 　 |
| 携帯電話番号 | 　 |
| メールアドレス | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣可能な日程 | 月　　　日　　～　　　月　　　日 |

　※本件問い合わせ先

　　吉永　明史

　　TEL：092‐407‐0368（福岡国際医療福祉学院　言語聴覚学科直通）

　　FAX：092‐832‐1191

　　E-mail：yoshinaga@takagigakuen.ac.jp