

高知県災害派遣福祉チームの派遣に関する協定

協定締結団体 代表者 様

社会福祉法人高知県社会福祉協議会長

( 公 印 略 )

### 高知県災害派遣福祉チーム（第1期）養成研修の開催について

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。日頃より本会事業にご支援ご協力いただきまして、誠にありがとうございます。

さて、南海トラフ地震や豪雨災害等の大規模災害時に、一般避難所において高齢者、障害者、乳幼児その他特別な配慮を必要とする災害時要配慮者を支援する「高知県災害派遣福祉チーム」のチーム員を養成する研修を、別紙要項のとおり開催いたします。

つきましては、チーム員推薦書及び受講申込書の提出について、「高知県災害派遣福祉チーム設置運営要綱」第7条第3項及び「高知県災害派遣福祉チームの派遣に関する協定」第3条に基づき、貴団体の会員にご周知のうえ、応募をお取りまとめくださいますよう、よろしくお願いいたします。

#### 記

#### 1. 高知県災害派遣福祉チーム（第1期）養成研修

- ① 日時 令和2年12月9日（水）9：30～16：50
- ② 場所 高知県庁 正庁ホール（高知市丸ノ内1-2-20）
- ③ 内容 別紙開催要項のとおり

#### 2. 受講申込方法

①と②の両方を、**11月16日（月）必着**にて下記までご提出ください。

① 高知県災害派遣福祉チーム員推薦書（様式第3号）

② 高知県災害派遣福祉チーム（第1期）養成研修 受講申込書

※ ①と②のデータ様式は、高知県社会福祉協議会(<http://www.kochiken-shakyo.or.jp/>)のホームページからダウンロードできます。

※ ①は施設・事業所からの推薦書、②は個人の受講申込書となっています。

#### 【問い合わせ先】

社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 法人振興課  
(担当 仙頭)

〒780-8567 高知市朝倉戊375-1 県立ふくし交流プラザ1階

電話:088-844-4611 FAX:088-844-9443

E-mail:masaki-sentoh@pippikochi.or.jp

## 高知県災害派遣福祉チーム（第1期）養成研修 開催要項

### 1. 目的

大規模災害時に、一般避難所において高齢者、障害者、乳幼児その他特別な配慮を必要とする災害時要配慮者を支援するため、高知県災害派遣福祉チームのチーム員を養成する。

### 2. 日時

令和2年12月9日（水）9：30～16：50（9：00受付開始）

### 3. 内容

9：30	開会・オリエンテーション（5分） 挨拶：高知県災害福祉支援ネットワーク会議会長
9：35	行政説明「災害派遣福祉チーム」についての基本事項（50分） 説明：高知県地域福祉政策課 災害時要配慮者支援室
10：35	演習Ⅰ「ディスカッション～避難所における福祉ニーズを考える」（100分） 講師：高知県社会福祉法人経営者協議会 災害福祉支援委員会
12：15	昼食休憩（55分）
13：10	事務局説明「災害派遣福祉チームの活動」（60分） 説明：高知県災害福祉支援ネットワーク会議 事務局
14：20	演習Ⅱ「一般避難所での災害派遣福祉チームの活動」（120分） 講師：高知県社会福祉法人経営者協議会 災害福祉支援委員会
16：20	高知県災害派遣福祉チーム（第1期）発足式（30分） チーム員登録証交付

4. 場 所 高知県庁 正庁ホール（高知市丸ノ内1-2-20）  
※ 会場に駐車場はありません。あらかじめご了承ください。

5. 主 催 高知県

6. 研修実施 社会福祉法人高知県社会福祉協議会

7. 対 象 ①・②のいずれかの業務経験が3年以上の者。

① 介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、保育士、看護師。

② 介護職員、生活相談員、相談支援専門員、生活支援員、地域包括支援センター職員。

8. 受講料 無料

9. 受講申込 各団体へ締切期日までにお申し込みください。

10. 受講決定 令和2年11月20日（金）までに受講申込者へFAXにて通知します。

### 11. 問い合わせ

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 法人振興課（担当：仙頭）

〒780-8567 高知市朝倉戊375-1 県立ふくし交流プラザ1階

電話：088-844-4611 FAX：088-844-9443

(様式第3号)

高知県災害派遣福祉チーム員推薦書

令和 年 月 日

高知県知事 様

施設又は事業所名  
代表者名

印

高知県災害派遣福祉チーム設置運営要綱第7条第3項の規定に基づき、下記の者を高知県災害派遣福祉チームへ推薦します。

記

番号	ふりがな 氏名	性別	生年月日	保有資格	本人の住所	勤務先の 電話番号

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

## 高知県災害派遣福祉チーム（第1期）養成研修 受講申込書

社会福祉法人高知県社会福祉協議会長 様

令和2年 月 日

下記のとおり、高知県災害派遣福祉チーム（第1期）養成研修の受講を申し込みます。

所属団体			
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
性別	男 ・ 女	年 齢	歳
本人住所	〒		
資格			
職種		業務経験	年 月
勤務先法人名			
勤務先施設・事業所名			
勤務先所在地	〒		
勤務先電話		勤務先 F A X	

(記入上の注意)

- ① 「資格」欄には、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、保育士、看護師の保有資格名をすべて記入してください。
- ② 「職種」欄には、介護職員、生活相談員、相談支援専門員、生活支援員、地域包括支援センター職員等の職種名を記入してください。
- ③ 記入いただいた内容は、研修の運営管理、高知県災害派遣福祉チームの登録管理に使用いたします。