

階上町災害ボランティアセンター災害ボランティア登録要綱

(目的)

第1条 この要綱は、社会福祉法人階上町社会福祉協議会（以下、「本会」という。）が災害発生時に階上町災害ボランティアセンターを設置した際、迅速かつ効果的に救援活動を行えるように、災害ボランティアの登録、研修等についての必要な事項を定めることを目的とする。

(登録の対象となる者)

第2条 自発的な意思で災害ボランティアの活動を希望する個人または団体とする。

(登録の方法)

第3条 災害ボランティアに登録しようとする者は、階上町災害ボランティアセンター災害ボランティア登録用紙（様式第1号・様式第2号。以下「登録用紙」という。）を本会会長に提出するものとする。

- 2 本会会長は、前項の登録用紙の提出があった場合は、その適否を審査し、適当と認めるときは、別に定める災害ボランティア事前登録者台帳（様式第3号・様式第4号）に登録するものとする。
- 3 前項の場合において、未成年者については、親権者等の同意を得た者に限り登録の対象とする。
- 4 団体の代表者は団体登録と個人登録の両方を行うこととする。

(登録証の交付等)

第4条 本会会長は、前条第2項の規定により登録をした者（以下「登録者」という。）に階上町災害ボランティアセンター災害ボランティア登録証（様式第5号・様式第6号。以下「登録証」という。）を交付するものとする。

- 2 登録者は、活動を行う際、登録証を常に携帯し、請求があったときは、これを提示しなければならない。

(研修等の機会提供)

第5条 本会は、災害ボランティアとしての活動に関する知識の向上に寄与するため、必要な情報及び研修等の機会の提供に努めるものとする。

(登録者の個人情報)

第6条 登録者に関する個人情報は、第1条の目的を達成するため、本人の同意がある場合に限り、災害時の連絡及び救援活動に必要な範囲内で他の関係機関に提供し、又は連絡調整に利用することができる。

- 2 登録者に関する個人情報は、社会福祉法人階上町社会福祉協議会個人情報保護規程に基づき、適正に管理するものとする。

(登録の変更)

第7条 登録者は、登録内容に変更があったときは、第3条に規定する手続きをもって、速やかに登録内容を変更する。

(登録の抹消)

第8条 本会会長は、次の各号のいずれかに該当するときは、当該登録を抹消することができる。

(1) 登録者から階上町災害ボランティアセンター災害ボランティア登録辞退届(様式第7号)の提出があったとき。

(2) 前号に掲げるもののほか、本会会長が登録者として不適格と認めたとき。

2 前項の規定により登録を抹消された者は、直ちに登録証を本会会長に変換しなければならない。

(登録の期間)

第9条 登録者の登録期間は、登録した日の属する年度の3月31日までとする。ただし、登録者から特に申し入れがない限り、登録期間を登録の満了日の翌日から更に1年延長するものとし、その後も同様とする。

(ボランティア活動保険)

第10条 登録者は、全国社会福祉協議会が締結するボランティア活動保険に加入できるものとする。

(補償)

第11条 登録者が救援活動中に被った事故等による補償は、前条のボランティア活動保険の適用の範囲で行うものとする。

(その他)

第12条 災害発生時及び災害発生後の登録についても、この要綱に準じるものとする。

附 則

この要綱は、平成26年12月10日から施行する。

様式第1号

階上町災害ボランティアセンター災害ボランティア登録用紙（個人）

年 月 日

次のとおり 新規登録 ・ 変更登録 をします。

ふりがな 氏 名				団体登録している場合
				団体名
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)		保険加入 <input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 未加入	
			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住 所	〒 -			電話
				携帯
緊急連絡先	住所 電話 携帯			
健康チェック	ふだんの血圧 /	心臓病 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	治療中のけが <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他の病気 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
	血液型 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O / Rh <input type="checkbox"/> +プラス <input type="checkbox"/> -マイナス ※現在異常のない方も本人の責任において活動し、異常やトラブル等を感じたときは直ちに作業チームのリーダーに報告してください。			
取得している 資格・免許等	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 救命救急士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> マッサージ師 <input type="checkbox"/> 理美容師 <input type="checkbox"/> 建築士 (級) <input type="checkbox"/> 手話通訳士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> アマチュア無線 (無線機 <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 無 コールサイン:) <input type="checkbox"/> 運転免許 (<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 自二) <input type="checkbox"/> その他 ()			
特技等	<input type="checkbox"/> 災害ボランティアの経験 <input type="checkbox"/> イラスト <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 料理 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 通訳 (語) <input type="checkbox"/> 子ども話し相手・遊び相手 <input type="checkbox"/> 電気工事関係 <input type="checkbox"/> 建築土木関係 <input type="checkbox"/> 自動車・自転車修理 <input type="checkbox"/> 地理/土地勘 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他 ()			

上記の情報については、災害時の連絡及び救援活動に必要な範囲内で階上町社会福祉協議会が他の関係機関に提供し、又は連絡調整に利用することを了承するとともに、「階上町災害ボランティアセンター災害ボランティア登録要綱」を遵守します。

※これより下は何も記入しないでください。

登録番号	-	受付時間	午前 / 午後	受付担当	
備 考					

様式第2号

階上町災害ボランティアセンター災害ボランティア登録用紙（団体）

年 月 日

次のとおり 新規登録 ・ 変更登録 をします。

ふりがな 団体名					
構成人数	男性 女性	人 人 人	未成年の有無（該当するものに○）		
			<input type="checkbox"/> 未成年者がいる（親権者等の承諾→ 未・済） <input type="checkbox"/> 未成年がいない		
団体概要					
団体所在地	〒 ー				
団体連絡先	電話		FAX		
	メールアドレス				
ふりがな 代表者氏名			生年	性別	男・女
代表者住所	〒 ー				
代表者連絡先	電話／携帯	／	FAX		
	メールアドレス				
特記事項					

上記の情報については、災害時の連絡及び救援活動に必要な範囲内で階上町社会福祉協議会が他の関係機関に提供し、又は連絡調整に利用することを了承するとともに、「階上町災害ボランティアセンター災害ボランティア登録要綱」を遵守します。

※これより下は何も記入しないでください。

登録番号	ー	受付時間	午前	／午後	受付担当	
備考						