

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 5 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、よろしく願いいたします。

記

1. 高知県災害派遣福祉チーム（第 5 期）養成研修

- 1) 日 時 令和 6 年 9 月 12 日（木）9：30～16：30
- 2) 場 所 県立ふくし交流プラザ 2 階多目的ホール（高知市朝倉 375-1）
- 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、令和 6 年 8 月 21 日（水）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 5 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のホームページからダウンロードできます (<https://www.kochiken-shakyo.or.jp/saigaifukushishien>)。

※ ①は施設・事業所の推薦書、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 総合人材センター  
(担当 鳴川)

〒780-8567 高知市朝倉 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:dwat@pippikochi.or.jp

## 高知県災害派遣福祉チーム（第5期）養成研修 開催要項

### 1. 目的

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6年9月12日（木）9：30～16：30（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：高知県子ども・福祉政策部地域福祉政策課
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：高知県災害福祉支援ネットワーク会議 事務局
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	修了式（10分） チーム員登録証交付

4. 場 所 県立ふくし交流プラザ2階多目的ホール（高知市朝倉戊 375-1）

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と②のすべてにあてはまる者

① 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、保育士、看護師、相談支援専門員、医療ソーシャルワーカー、介護職員、生活相談員、生活支援員、地域包括支援センター職員で、業務経験が3年以上の者

② 所属する社会福祉施設・事業所等の長の承認を受け、施設・事業所等で構成される事業者団体・職能団体に所属している者

8. 受講料 無料

9. 受講申込 所属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6年8月28日（水）までに受講申込者へFAXで通知します。

11. 問い合わせ

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 総合人材センター（担当：鳴川）

〒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

## 高知県災害派遣福祉チーム（第5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6年 月 日

下記のとおり、高知県災害派遣福祉チーム（第5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 (西暦)	年 月 日
氏名			
性別	男 ・ 女	年 齢	歳
本人住所	〒		
本人 携帯電話		本人 メール	
チーム員 対象資格	社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員・保育士・看護師 相談支援専門員・医療ソーシャルワーカー・介護職員・生活相談員・生活支援員 地域包括支援センター職員 ※あてはまるものすべてに○ ----- 通算業務経験 年 月 ※上記通算業務経験3年以上必要		
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 FAX	

(記入上の注意)

- ① 「チーム員対象資格」欄は、あてはまるものすべてに○をつけ、その通算業務経験年数を記入してください。
- ② 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。

(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

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
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

【記入担当者】

担当者名：

連絡先：