

(公社) 日本認知症グループホーム
協会緊急介護派遣チーム (GH協・DCAT)
登録申請書

(公社) 日本認知症グループホーム協会
会長 河崎 茂子 様

(公社) 日本認知症グループホーム協会緊急介護派遣チーム (GH協・DCAT) の
活動趣旨に賛同し、下記の通り登録申請いたします。

登録種別	協会緊急介護派遣チーム (GH協・DCAT) 登録				
申請日	平成	年	月	日	
ふりがな					
団体名					
派遣チーム代表者名					
団体所在地	〒 -				
電話番号		緊急連絡先			
派遣チームメンバー					
所属法人 (事業所)					
ふりがな			職種		
氏名					
生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (満 歳)	性別 男・女
					血液型
住所	〒 -				
電話番号	(携帯電話)		(自宅)		
緊急時連絡先	第1連絡先	(連絡先)		(氏名・関係)	
	第2連絡先	(連絡先)		(氏名・関係)	
所属法人 (事業所)					
ふりがな			職種		
氏名					
生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (満 歳)	性別 男・女
					血液型
住所	〒 -				
電話番号	(携帯電話)		(自宅)		
緊急時連絡先	第1連絡先	(連絡先)		(氏名・関係)	
	第2連絡先	(連絡先)		(氏名・関係)	

所属法人（事業所）				
ふりがな			職種	
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生（満 歳）		性別	男・女
			血液型	
住所	〒 —			
電話番号	(携帯電話)		(自宅)	
緊急時連絡先	第1連絡先	(連絡先)	(氏名・関係)	
	第2連絡先	(連絡先)	(氏名・関係)	
所属法人（事業所）				
ふりがな			職種	
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生（満 歳）		性別	男・女
			血液型	
住所	〒 —			
電話番号	(携帯電話)		(自宅)	
緊急時連絡先	第1連絡先	(連絡先)	(氏名・関係)	
	第2連絡先	(連絡先)	(氏名・関係)	
所属法人（事業所）				
ふりがな			職種	
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生（満 歳）		性別	男・女
			血液型	
住所	〒 —			
電話番号	(携帯電話)		(自宅)	
緊急時連絡先	第1連絡先	(連絡先)	(氏名・関係)	
	第2連絡先	(連絡先)	(氏名・関係)	
所属法人（事業所）				
ふりがな			職種	
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生（満 歳）		性別	男・女
			血液型	
住所	〒 —			
電話番号	(携帯電話)		(自宅)	
緊急時連絡先	第1連絡先	(連絡先)	(氏名・関係)	
	第2連絡先	(連絡先)	(氏名・関係)	
所属法人（事業所）				
ふりがな			職種	
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生（満 歳）		性別	男・女
			血液型	
住所	〒 —			
電話番号	(携帯電話)		(自宅)	
緊急時連絡先	第1連絡先	(連絡先)	(氏名・関係)	
	第2連絡先	(連絡先)	(氏名・関係)	
事業所承認欄 (可能であれば)	※上記の者を協会緊急介護派遣チームに登録し災害時に被災地等で活動することに同意します。 事業所名 事業主・代表者名			