

茨城県理学療法士会災害支援ボランティア募集要項

1. 募集期間

随時登録申請をお受けします。

2. 登録方法

別紙「茨城県理学療法士会災害支援ボランティア登録申請書（新規）」に必要事項を明記の上、下記受付先までメールまたは郵送にて届出をしてください。

3. 活動範囲

茨城県内の被災地

4. 登録条件

心身ともに健康な方。

現地の方に負担をかけることなくコミュニケーションに配慮した業務遂行ができる方。

内容にかかわらず現地で求められる活動内容に臨機応変に対応ができる方。

5. 派遣の流れ

「茨城県理学療法士会災害支援マニュアル」に従い災害対策本部より派遣伺いを緊急連絡先にご連絡します。

6. 活動内容

「茨城県理学療法士会災害支援マニュアル」に基づき現地で求められる活動を行います。

7. 登録内容の変更

登録内容に変更が生じた際は、その都度変更の届出を別紙「茨城県理学療法士会災害支援ボランティア登録申請書(変更)」に必要事項を明記の上、下記受付先までメールまたは郵送にて届出をしてください。

8. 登録の辞退

登録の辞退をする際は、「茨城県理学療法士会災害支援ボランティア登録辞退申請書」に必要事項を明記の上、下記受付先までメールまたは郵送にて届出をしてください。なお本会会員資格を消失した際は、自動的に登録辞退となります。

9. 事故への対応

活動中の事故は「ボランティア活動保険」にて対応します。

(ボランティア各自で加入していただき、後日掛け金を精算致しますので控えの保管をお願いします。)

10. その他

活動に係る交通費・食費・宿泊費は自己負担となります。

物品の購入が生じた場合は、領収書の保管をお願いします。(後日精算します。)

活動に必要な物品・資料等がありましたら、災害対策本部までご連絡ください。

災害対策本部はその都度派遣伺いの際にご案内します。

受付先

〒310-0034 水戸市緑町3-5-35 茨城県保健衛生会館内 茨城県理学療法士会事務所

TEL:029-353-8474 FAX:029-353-8475 メールアドレス:ibaraki.pt@jeans.ocn.ne.jp