

浜松市災害時歯科衛生士ボランティア登録制度要綱

(目的)

第1条 この制度は、大地震等の災害の発生時において、被災した市民の生命と健康を守るため、歯科衛生士ボランティアとして活動を行う個人が、浜松市医療救護計画で定める歯科保健活動組織に事前に登録し、災害発生後に市内における歯科保健活動を迅速かつ効果的に行えるようにすることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において、歯科衛生士ボランティアとは、歯科衛生士の資格を有する者のうち、自発的な意思と善意によって、災害の発生後において歯科保健活動に当たる者をいう。

(活動内容)

第3条 歯科衛生士ボランティアの活動内容は、次のとおりとする。

- (1) 避難所等において歯科医師の指示に基づく被災者の口腔ケア
- (2) 避難所等における被災者に対する健康教育、健康相談、食支援
- (3) その他歯科保健に係る業務

(活動期間)

第4条 歯科衛生士ボランティアの活動期間は、災害発生4日目以降から、おおむね一ヶ月とする。ただし、必要に応じて期間を延長できるものとする。

(登録等)

第5条 歯科衛生士ボランティアとして登録しようとする者は、災害時歯科衛生士ボランティア登録申込書(第1号様式)を市長に提出するものとする。

2 市長は、前項の規定により申込があった場合において、その適否を審査し、適当と認めるときは、災害時歯科衛生士ボランティア登録簿に登録するものとする。

(登録証の交付等)

第6条 市長は、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。)に浜松市災害時歯科衛生士ボランティア登録証(第2号様式。以下「登録証」という。)を交付する。

2 登録者は、歯科保健活動を行う場合は、登録証を常に携帯し、関係者から請求があった場合は、これを提示しなければならない。

(研修等の機会提供)

第7条 市長は、登録者相互の連携及び人的ネットワーク化の推進を図るとともに、歯科保健活動に関する知識の向上に寄与するため、登録者に対し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8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、災害時における連絡及び歯科保健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 前項の個人情報の取扱いは、浜松市個人情報保護条例(平成16年3月23日 浜松市条例第28号)の例による。

(登録変更)

第9条 登録者は、登録内容に変更があったときは、災害時歯科衛生士ボランティア登録変更届(第3号様式)を市長に提出しなければならない。

(登録抹消)

第10条 市長は、登録者から災害時歯科衛生士ボランティア登録辞退届(第4号様式)の提出があったときは、当該登録を抹消するものとする。

(活動の報酬)

第11条 本制度による歯科衛生士ボランティアの活動による報酬は、災害救助法の適用によるものとする。

(その他)

第12条 この要綱に定めのない事項については、別に定める。

附則

この要綱は平成29年6月15日から施行する。

第1号様式（第5条関係）

浜松市災害時歯科衛生士ボランティア登録申込書

浜松市長 あて

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	〒		
	電話（自宅 - - 、携帯 - - ） e-mail（携帯・パソコン） e-mail（携帯・パソコン）		
勤務先	名称		
	所在地	〒 電話（ - - ）管理者の承諾（ 済・無 ）	
資格の 免許番号 及び 登録 年月日	歯科衛生士 免許番号（ ） 登録年月日（ 年 月 日）		
活動希望区		区	
備考			

私は、浜松市災害時歯科衛生士ボランティア登録に申し込みます。

また、このたび登録される情報が、災害時における連絡及び歯科保健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されることに同意します。

登録者本人署名 _____

第2号様式（第6条関係）

（表）

浜松市災害時歯科衛生士ボランティア登録証		
氏名		
資格	歯科衛生士	
登録年月日		
登録番号		
	浜松市長	印

（裏）

（注意事項）
1 避難所等において、歯科保健活動を行う場合には、必ず本証を所持し、市民、防災関係機関職員等から請求があったときは提示してください。
2 登録を辞退したときは、速やかに返納してください。
3 登録事項に変更があった場合又は本証を紛失した場合は、速やかに届け出てください。

浜松市災害時歯科衛生士ボランティア登録変更届

（あて先）浜松市長

ボランティア登録者 登録番号

住所

氏名

印

浜松市災害時歯科衛生士ボランティア登録に際しての登録事項に変更がありましたので、変更のあった事項について、次のとおり届け出ます。

ふりがな			生年月日	年	月	日
氏名						
住所	〒 電話（自宅 - - 、携帯 - - ） e-mail（携帯 ・ パソコン ） e-mail（携帯 ・ パソコン ）					
勤務先	名称					
	所在地	〒 電話（ - - ）管理者の承諾（ 済 ・ 無 ）				
資格の 免許番号 及び 登録 年月日	歯科衛生士 免許番号（ ） 登録年月日（ 年 月 日）					
活動希望区	区					
備考						

第4号様式（第10条関係）

平成 年 月 日

浜松市災害時歯科衛生士ボランティア登録辞退届

（あて先）浜松市長

ボランティア登録者 登録番号

住所

氏名

印

浜松市災害時歯科衛生士ボランティア登録に際しての登録について、辞退したいので届け
出ます。