

(様式第 1 号)

## 岩手県災害派遣福祉チーム派遣協力申出書

年 月 日

岩手県知事

様

所在地 \_\_\_\_\_

施設・法人名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

岩手県災害派遣福祉チーム設置運営要領第 6 の規定に基づき、岩手県災害派遣福祉チームの派遣について、協力することを申し出ます。

記

施設・ 事業所名	所在地	連絡先	連絡責任者 氏名	派遣可能職種（人数）
		1 電話番号		
		2 FAX 番号		
		3 電子メール		

（注 1）職種名欄は、一度に派遣可能な職種名と人数を記載すること

（注 2）行が足りない場合は適宜追加すること