別紙１-２

岩手県災害派遣福祉チーム派遣協力申出書**（職能団体会員用）**

　　年　　月　　日

岩手県知事　　　　　　　　　様

所属職能団体名

チーム員予定者氏名　　　　　　　　　　　　　印

　岩手県災害派遣福祉チーム設置運営要領に基づき、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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予定者氏名 | 所属施設名 | 所属施設住所・連絡先 | 個人連絡先 | 資格名 |
| 1 電話番号 |
| 2 FAX番号 |
| 3 電子ﾒｰﾙ |
|  |  | 住所：TELFAX |  |  |
|  |
|  |

（注）行が足りない場合は適宜追加すること。

上記の者について、本人が岩手県災害派遣福祉チームの派遣に協力することを承認します。

職能団体名

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印