（様式第２－１号）

神奈川県災害派遣福祉チーム協力会員等届出書

【協力団体（職能団体）用】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　神奈川県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　協力団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・代表者名

　神奈川県災害派遣福祉チーム設置運営要綱第２条第２項の規定に基づき、神奈川県災害派遣福祉チームへの協力会員等を届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 氏名（ふりがな） |  |
| 性別 |  |
| 保有資格 |  |
| 住所 | 〒 |
| メールアドレス |  |
| 携帯電話番号 |  |
| 所属施設等 |  |
| ２ | 氏名（ふりがな） |  |
| 性別 |  |
| 保有資格 |  |
| 住所 | 〒 |
| メールアドレス |  |
| 携帯電話番号 |  |
| 所属施設等 |  |
| ３ | 氏名（ふりがな） |  |
| 性別 |  |
| 保有資格 |  |
| 住所 | 〒 |
| メールアドレス |  |
| 携帯電話番号 |  |
| 所属施設等 |  |

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

担当者

電子メール