神奈川県災害派遣福祉チーム員候補者届出書

（様式第４―１号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　神奈川県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　協力法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

 担当者所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話）

　神奈川県災害派遣福祉チーム設置運営要綱第３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可能な者として次の者を届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | ふりがな氏　名 |  | 性別 |  |
| 生年月日 |  |
| 保有資格 |  | 職種 |  |
| 所属施設等 |  | 施設種別 |  |
| 派遣依頼等連絡先 |
| 連絡先 | 　法人（事務局）　・　所属施設　（２択） |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| ≪本人の連絡先※≫（任意） |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 2 | ふりがな氏　名 |  | 性別 |  |
| 生年月日 |  |
| 保有資格 |  | 職種 |  |
| 所属施設等 |  | 施設種別 |  |
| 派遣依頼等連絡先 |
| 連絡先 | 　法人（事務局）　・　所属施設　（２択） |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| ≪本人の連絡先※≫（任意） |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | ふりがな氏　名 |  | 性別 |  |
| 生年月日 |  |
| 保有資格 |  | 職種 |  |
| 所属施設等 |  | 施設種別 |  |
| 派遣依頼等連絡先 |
| 連絡先 | 　法人（事務局）　・　所属施設　（２択） |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| ≪本人の連絡先※≫（任意） |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 4 | ふりがな氏　名 |  | 性別 |  |
| 生年月日 |  |
| 保有資格 |  | 職種 |  |
| 所属施設等 |  | 施設種別 |  |
| 派遣依頼等連絡先 |
| 連絡先 | 　法人（事務局）　・　所属施設　（２択） |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| ≪本人の連絡先※≫（任意） |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 5 | ふりがな氏　名 |  | 性別 |  |
| 生年月日 |  |
| 保有資格 |  | 職種 |  |
| 所属施設等 |  | 施設種別 |  |
| 派遣依頼等連絡先 |
| 連絡先 | 　法人（事務局）　・　所属施設　（２択） |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| ≪本人の連絡先※≫（任意） |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

※　本人の連絡先については、緊急時や情報提供の際に連絡をさせていただくことがあります。ご本人の了解の上記載ください（任意記載）。

※　６名以上の場合は様式をコピーし、左の番号欄を変更して使用ください。