（様式第２－１号）

神奈川県災害派遣福祉チーム協力施設等届出書

【協力団体（事業者団体）用】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　神奈川県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　協力団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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施設等を届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 法人名 | 施設・事業所名 | 施設種別 | 施設等所在地 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |

※行が足りない場合は、適宜追加してください。

※協力施設から提出される様式第２－２号を添付してください。