（様式第３－１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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　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３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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな氏　名 | 性別 | 生年月日 | 保有資格 | 住所 | 電話番号 | メールアドレス |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |

※行が足りない場合は、適宜追加してください。