様式第４号（職能団体用）

**茨城県災害派遣福祉チーム協力会員届出書**

年　　月　　日

茨城県災害福祉支援ネットワーク会長　殿

（事務局：茨城県社会福祉協議会）

団体名

代表者職氏名

　茨城県災害時の福祉支援体制の整備及び運営に関する要綱第１１条第３項の規定に基づき，茨城県災害派遣福祉チームへの協力会員を届け出ます。

【添付書類】

　・同意書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理番号 | ふりがな  氏　　名 | 性別 | 保有資格 | 住所 | 電話番号 | メールアドレス |
| (例) |  | 男 | 介護福祉士 | 水戸市笠原町978-6 | 029-301-3157 | ○○＠△△△ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

　※行が足りない場合は，適宜追加してください。

【記入担当者】氏　名：

連絡先：