同　意　書

茨城県災害福祉支援ネットワーク会長　殿

下記の者が茨城県災害派遣福祉チーム員になることについて同意します。

記

　・

　・

　・

令和　　　年　　月　　日

所在地

法人名

施設(事業所)名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

**※チーム員になる旨の同意が確認できれば，適宜修正いただいても構いません。**