（様式第１号）

**宮城県災害派遣福祉チーム派遣協力申出書**

　　年　 月　 日

宮城県災害福祉広域支援ネットワーク協議会長

宮城県知事　村井　嘉浩　殿

所在地

法人・施設名

代表者名

電話番号

宮城県災害福祉広域支援ネットワーク協議会運営要領第６の規定に基づき，宮城県災害派遣福祉チームの派遣について，協力することを申し出ます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人，施設又は事業所名 | 所在地 | 連絡先 | 連絡責任者氏名 | 派遣可能職種（人数） |
| 1 電話番号 |
| 2 FAX 番号 |
| 3 電子メール |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

（注１）職種名欄は，一度に派遣可能な職種名と人数を記載すること

（注２）行が足りない場合は適宜追加すること