**福井県災害派遣福祉チーム（福井ＤＷＡＴ）候補者　届出書（団体⇒事務局）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福井県災害派遣福祉チーム事務局　　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　下記のとおり福井県災害派遣福祉チームのチーム員候補者を届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | 施設・病院名 | 資格または職種名 | 候補者数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

詳細は別紙のとおり

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上

　　　　　　　　　　　　　　【記入担当者】氏　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：