

(様式第 4—1 号)

神奈川県災害派遣福祉チーム員候補者届出書

年 月 日

神奈川県知事 殿

協力法人名

代表者名

担当者氏名
担当者所属
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 3 条第 2 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可能な者として次の者を届け出ます。

1	ふりがな 氏 名		性別	
			生年月日	
	保有資格		職種	
	所属施設等		施設種別	
	派遣依頼等連絡先			
	連絡先	法人（事務局） ・ 所属施設 （2 択）		
	電話番号			
	メールアドレス			
	《本人の連絡先※》（任意）			
	住所			
	電話番号			
	メールアドレス			
2	ふりがな 氏 名		性別	
			生年月日	
	保有資格		職種	
	所属施設等		施設種別	
	派遣依頼等連絡先			
	連絡先	法人（事務局） ・ 所属施設 （2 択）		
	電話番号			
	メールアドレス			
	《本人の連絡先※》（任意）			
	住所			
	電話番号			
	メールアドレス			

3	ふりがな 氏 名		性別	
			生年月日	
	保有資格		職種	
	所属施設等		施設種別	
	派遣依頼等連絡先			
	連絡先	法人（事務局） ・ 所属施設 （2 択）		
	電話番号			
	メールアドレス			
	《本人の連絡先※》（任意）			
	住所			
電話番号				
メールアドレス				
4	ふりがな 氏 名		性別	
			生年月日	
	保有資格		職種	
	所属施設等		施設種別	
	派遣依頼等連絡先			
	連絡先	法人（事務局） ・ 所属施設 （2 択）		
	電話番号			
	メールアドレス			
	《本人の連絡先※》（任意）			
	住所			
電話番号				
メールアドレス				
5	ふりがな 氏 名		性別	
			生年月日	
	保有資格		職種	
	所属施設等		施設種別	
	派遣依頼等連絡先			
	連絡先	法人（事務局） ・ 所属施設 （2 択）		
	電話番号			
	メールアドレス			
	《本人の連絡先※》（任意）			
	住所			
電話番号				
メールアドレス				

※ 本人の連絡先については、緊急時や情報提供の際に連絡をさせていただくことがあります。ご本人の了解の上記載ください（任意記載）。

※ 6 名以上の場合は様式をコピーし、左の番号欄を変更して使用ください。