（様式第１号）

**宮城県老人福祉施設協議会 災害派遣介護チーム派遣協力申出書**

平成　　年　　月　　日

宮城県老人福祉施設協議会 会長　　　　　　　　　様

所在地

施設名

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

TEL:　　 FAX:

E-mail:

宮城県老人福祉施設協議会災害派遣介護チーム設置運営要領第６条第１項の規定に基づき、宮城県老人福祉施設協議会災害派遣介護チームの派遣について、協力することを申し出ます。

記

１．派遣可能職種・人数

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　種 | 人　数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　　　　　　＊要領第６条第３項に規定する「災害派遣介護チーム員予定者名簿」に

登載可能な人数をご記入ください。

２．連絡責任者職・氏名

‐5‐