

(様式第 3 号)

年 月 日

岩手県災害福祉広域支援推進機構本部長 様

届出者氏名

印

〔 登録番号 第 号
登録日 年 月 日 〕

登録事項変更等届出書（変更・辞退）

岩手県災害派遣福祉チーム員の { 登録事項に変更が生じたので、
登録を辞退したいので、 } 岩手県災害派遣福祉
チーム員養成研修実施及びチーム員登録要領第 8 第 1 項の規定に基づき届け出ます。

| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
|--------------|------|---|
| フリガナ | | |
| 氏 名 | | |
| 所属施設 (団体) | (名称) | (名称) (所在地) 〒 (連絡先) TEL FAX |
| 資格・職種等 | | |