

(様式第 1 号)

岩手県災害派遣福祉チーム員登録証  
(チーム員養成研修修了証)

登録番号      第      号  
登録日      年      月      日

氏      名  
(生年月日      年      月      日)

岩手県災害派遣福祉チーム運営要領第 3 に掲げる研修の課程を修了し、  
岩手県災害派遣福祉チーム員として登録されていることを証明する。

岩手県災害福祉広域支援推進機構  
本部長    岩手県知事

印