

(様式第 3 号)

岩手県災害派遣福祉チーム員予定者登録簿

施設・法人名 \_\_\_\_\_

連絡責任者 \_\_\_\_\_

(電話番号)

(FAX番号)

(電子メール)

(チーム員予定者)

番号	施設・ 事業所名	所在地	職種	(連絡先) 電話番号	登録日 (研修終了日)
			氏名	電子メール	

(提供可能車両)

番号	施設・ 事業所名	所在地	車種 (車両型式)	登録番号	備考

(注 1) 行が足りない場合は適宜追加すること。