（別紙）

大分県社会福祉協議会　市民活動支援部　行

　FAX：０９７－５５８－１２９６

　Mail：m\_mori@oitakensyakyo.jp

　郵送：〒870-0907

　　　　大分市大津町２丁目１番４１号

大分県災害派遣福祉チーム員　登録申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人（施設）名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　申込責任者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　MAILアドレス：

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 所　属 | 資格（職種） | 当該業務経験年数 | 氏名（ふりがな） | MAILアドレス（任意） |
|  | 【記入例】特養　○○○園 | 介護福祉士 | ５年 | おおいた　たろう大分　太郎 |  |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |  |

　　※令和７年７月３１日（木）までにお申し込みください。

 　※法人単位で申込いただいても、事業所毎に申込みいただいても結構です。