**様式第６号【法人取りまとめ用】（福祉施設関係団体）**

**奈良県社会福祉協議会６／２５（火）〆切**

**第六期（令和６年度）奈良県災害派遣福祉チーム員候補者届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　奈良県災害福祉支援ネットワーク会長

　（事務局：奈良県社会福祉協議会）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人等　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　奈良県災害派遣福祉チーム設置運営要綱第６条第２項の規定に基づき、奈良県災害派遣福祉チームの構成員として派遣可能な者を届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理  番号 | ふりがな  氏　名 | 性別 | 保有資格 | 実務経験年数 | 生年月日 |
| 施設名・施設所在地 |
| 職種 | 携帯番号(個人) |
| メールアドレス(個人) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |

　※行が足りない場合は、適宜追加してください。

　【連絡担当者】法人等の担当者　(E-mailに受講の可否等送付します。)

部署名：

氏　名：

　　　　　　　　　　電話/FAX：

E-mail（フリガナ）