

山口県災害派遣福祉チーム員（コアメンバー）候補者推薦承諾書

令和 年 月 日

(宛先)

御中

(山口県災害福祉支援ネットワーク協議会構成団体名)

法人名 : _____
 代表者職氏名 : _____
 施設等名称 : _____
 施設所在地 : _____

山口県災害派遣福祉チーム コアメンバーとして下記の者を推薦します。

記

ふりがな 氏名	性別	保有資格 ・職種	実務 経験 年数	生年月日	備考
				施設等名・施設等所在地	
				携帯電話番号	
				メールアドレス	
				災害時支援に関する活動実績 (例)〇年〇〇災害時に他施設に応援派遣など	

※1 行が足りない場合は、適宜追加してください。

※2 保有資格・職種については、職務に関する保有資格と従事している職種のそれぞれについて記載してください。また、実務経験年数は、福祉職としての実務経験の総年数を記載してください。(各資格取得後の実務経験年数についての記載は不要です。)

【担当者】氏名： _____

連絡先：() _____

山口県災害派遣福祉チーム員（コアメンバー）候補者推薦書

令和 年 月 日

(宛先)

山口県災害福祉支援ネットワーク協議会長

団体名：

代表者職氏名：

山口県災害派遣福祉チーム コアメンバーとして下記の者を推薦します。

記

1	ふりがな	
	氏名	
2	ふりがな	
	氏名	
3	ふりがな	
	氏名	

※1 行が足りない場合は、適宜追加してください。

【担当者】氏名：

連絡先： () -