（様式第３号）

別紙２

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）　行が足りない場合は適宜追加すること。