

(様式第4号)

岩手県災害派遣福祉チーム派遣協力要請書

年 月 日

(団体名) 様

岩手県災害福祉広域支援推進機構本部長
岩手県知事

岩手県災害福祉広域支援推進機構運営要領第4及び岩手県災害福祉広域支援に関する協定に基づき、下記のとおり岩手県災害派遣福祉チームの派遣調整について協力を要請します。

記

番号	災害名	活動予定地（市町村）	派遣（調整）依頼職種	人数

(担当)
(所属)
(連絡先)