

(様式第2号)

岩手県災害派遣福祉チーム員登録者名簿

〔平成 年度 第 回 研修受講修了者（ 年 月 日～ 年 月 日実施分）〕

登録 番号	氏 名	生年月日	資格・ 職種等	所属施設（団体）	登録研修修了日 （登録日）	スキルアップ 研修修了日	更新研修 修了日	備考