（様式第２号）

岩手県災害福祉広域支援協力申出書

年　　月　　日

岩手県知事　　様

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
団体名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

岩手県災害福祉広域支援推進機構運営要領第４第１項の規定に基づき、岩手県災害福祉広域支援について、協力することを申し出ます。

記

地区	番号	会員・法人（施設）名	所在地・住所	連絡先 1 電話番号 2 FAX 番号 2 電子ﾒｰﾙ	連絡責任者氏名	職種名（人数）

（注１）職種名欄は、一度に派遣可能な職種名と人数を記載すること
（注２）行が足りない場合は適宜追加すること