

(公社) 新潟県作業療法士会 事務局 宛
FAX 025-384-0018

新潟県災害福祉広域支援ネットワーク協議会災害福祉支援チーム

チーム予定員活動協力申出書

新潟県リハビリテーション専門職協議会
会長 四方 秀人 様

私は、新潟県災害福祉広域支援ネットワーク協議会における災害福祉支援チームの編集等に関する基本方針第4の規定に基づき、災害福祉支援チームのチーム予定員としてその活動に協力することを申し出ます。

記

氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日生	所属 団体	公益社団法人 新潟県作業療法士会 会員
住所	〒						
保有資格	作業療法士	経験年数		年	派遣支援経験 (災害名) (支援内容)	有 ・ 無	() ()
電話番号	自宅 :	メール アドレス	(パソコン)				
	携帯 :		(携 帯)				

※すべての項目をご記入ください。

以上