(様式第１号)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和3年度

静岡県災害福祉広域支援ネットワーク

支援協力申出書

年　　月　　日

　静岡県災害福祉広域支援ネットワーク代表

　静岡県社会福祉協議会会長　様

静岡県災害福祉広域支援ネットワーク運営要領第４条の規定に基づき、静岡県災害派遣福祉チーム　（静岡ＤＷＡＴ）について協力することを申し出ます。

法人所在地

法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人代表者氏名　　　　　　　　　　　 　㊞

施設所在地

施設名

施設代表者名　　　　　　　　　　　　 　㊞

担当者氏名

連絡先TEL

FAX

E-mail

申出する法人・施設、事業所が会員として所属している構成団体すべてに（　）に○を記入してください。

静岡県災害福祉広域支援ネットワーク構成団体

（　　）静岡県社会福祉法人経営者協議会　　　　　　　（　　）静岡県救護更生施設連絡協議会

（　　）静岡県乳児院協議会　　　　　　　　　　　　　（　　）静岡県母子生活支援施設協議会

（　　）静岡県児童養護施設協議会　　　　　　　　　　（　　）静岡県保育連合会

（　　）静岡県知的障害者福祉協会　　　　　　　　　　（　　）静岡県老人福祉施設協議会

（　　）一般社団法人静岡県社会就労センター協議会　　（　　）静岡県福祉医療施設協議会

（　　）静岡県身体障害児者施設協議会　　　　　　　　（　　）社会福祉法人静岡県社会福祉協議会

　　　一般社団法人静岡県社会福祉士会

　　　一般社団法人静岡県介護福祉士会

　　　特定非営利活動法人静岡県介護支援専門員協会