

(様式第 1 号)

**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 DWA T）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

印

施設所在地

施設名

施設代表者名

印

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