（様式第３号）

高知県災害派遣福祉チーム員推薦書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

高知県知事　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設又は事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　高知県災害派遣福祉チーム設置運営要綱第７条第３項（第８条第１項）の規定に基づき、下記の者を高知県災害派遣福祉チームへ推薦します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | ふりがな  氏　　名 | 性別 | 生年月日 | 保有資格 | 本人の住所 | 勤務先の  電話番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

　※行が足りない場合は、適宜追加してください。

　【記入担当者】

担当者名：

連 絡 先：