（様式第３号）

大阪DWAT協力申出書

年　　月　　日

大阪府知事　様

法人住所

法人名

　　　　代表者氏名

　　大阪府災害派遣福祉チーム設置運営要綱第２条第３項の規定により、災害派遣福祉チームへの協力について申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設長名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 担当者　職・氏名  TEL　　　　　　　　　　　　　　　FAX  Eメールアドレス |