

(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