（様式第７号）

しがDWAT協力申出書

年　月　日

滋賀県知事　様

法人住所

法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

滋賀県災害派遣福祉チーム設置運営要綱第５条第１項第１号の規定により、本法人下記施設の当該職員の、滋賀県災害派遣福祉チームへの登録継続を申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 協定団体名 |  |
| 施設等名 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 担当者　職・氏名  TEL　　　　　　　　　　　　　FAX  メールアドレス |

※公立施設の場合は、法人名／法人代表者氏名を市町名／各市町長名としてください。