

(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

印

高知県災害派遣福祉チーム設置運営要綱第 7 条第 3 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。