（様式第１号の２）

長野県災害派遣福祉チーム員推薦書

（所属事業所派遣以外）

|  |  |
| --- | --- |
| □災福ネット構成団体記入欄 | 年　　　月　　　日  長野県災害福祉広域支援ネットワーク協議会会長 様  　　　　　　　　　　　　　　　（災福ネット構成団体名）    代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（印）  担当者名　　　　　　　　　　　℡    　下記の者を、長野県災害派遣福祉チーム員として推薦します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　記 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □登録希望者記入欄 |  | 氏　　名 |  | | |
| 所属事業所等 |  | | |
| 職　 名 |  | 現在の  業務内容 |  |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　年　　月　　日生 | 専門職  経験年数 |  |

**※　別添、長野県災派遣福祉チーム員登録シートを添付のこと**

**※　この様式は、「所属事業所派遣」ではなく、個人の立場で長野県災害派遣ふくしチーム員に登録を希望する場合に使用してください。派遣業務中の事故等への対応については、災福ネットにおいて、チーム員を対象とする傷害保険及び損害保険に加入します。**

**なお、所属事業所の業務として長野県災害派遣ふくしチーム員への登録を希望する場合には、様式第１号の１（所属事業所派遣）を使用してください。**