

別紙（様式第2号）

千葉県災害福祉支援チーム員登録候補者名簿

団体名	
連絡先（電話）	
連絡先（メール）	

No.	フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	職種	保有資格	実務経験年数	居住市町村
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

・行が足りなくなった場合、適宜追加してください。

別紙（様式第1号）

千葉県災害福祉支援チーム員への協力施設及びチーム員候補者

法人名				
法人連絡先（メールアドレス）	TEL：			
	Mail：			
施設名				
施設所在地				
施設連絡先（メールアドレス）	TEL：			
	Mail：			
加入団体 ※施設が加入している団体名に○をつけてください。	経営協	高齢協	老健協	ケア協
	千葉市 老施協	県身協	知障協	千葉精

No.	フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	職種	保有資格	実務経験年数	備考欄
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

・当名簿は、施設毎に作成してください。また、行が足りなくなった場合、適宜追加してください。