【様式４】（被災会員施設→地区老施協→愛媛県老施協）

愛媛県老人福祉協議会

災害派遣チーム　派遣依頼書

年　　月　　日

愛媛県老人福祉施設協議会長 様

　　　月　　日に 　　　　　　　　　で発生した（災害名）

における（施設名）　　　　　　　　　　　　 への派遣を依頼します。

（　地　区　老　施　協　名　）

会　長　　　　　　　　　 （会長印省略）

（１）派遣日程等

　　派遣希望日：　　　年　　　月　　　日（　）

（２） 派遣先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被災市町： |  | |
| 被災施設： |  | |
|  | 所在地 |  |
|  | ＴＥＬ |  |
|  | ＦＡＸ |  |
|  | メール |  |
|  | 連絡担当者 |  |
| 要請内容： |  | |

（３） チーム編成 ※◎はリーダー、 ○はサブリーダー

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 職種 | 所属施設（法人） | 連絡先 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

※地区老施協からお知らせする災害派遣チームのメンバーを記載してください。

（４）現地の状況（地図等があれば添付のこと）

【被災状況】

【道路状況】

【活動予定施設の状況】

・入所者の状況

・ 職員の状況

・避難者の状況

・ライフライン

【その他】