【様式２】（地区老施協→会員施設）

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

災害派遣チーム登録者　所属長 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 |  |
| 要請人数： | （　　　　　）人 |
| 要請内容： |  |