全国老人福祉協議会災害派遣福祉チーム（全国老施協DWAT）

登録票（会員施設→地区老施協）

年 月 日

（　地　区　老　施　協　名　）

会長 様

|  |
| --- |
| 法人名・施設名・代表者名 |
|  |
| 連絡先 |
|  |

登録者一覧

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **氏名** | **職種** | **携帯電話番号**  **メールアドレス** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |