

様式第1号(千葉県災害福祉支援チーム協力施設等届出書)

千葉県災害福祉支援チーム協力施設等届出書

年 月 日

千葉県知事 様

法人名

代表者職氏名

千葉県災害福祉支援チーム設置運営要領第3条第1項第1号の規定に基づき、別紙のとおり
千葉県災害福祉支援チームへの協力施設及びチーム員候補者を届け出ます。

【記入担当者】氏 名:

連絡先:

様式第2号(千葉県災害福祉支援チーム協力会員等届出書)

千葉県災害福祉支援チーム協力会員等届出書

年 月 日

千葉県知事 様

団体名
代表者職氏名

千葉県災害福祉支援チーム設置運営要領第3条第1項第2号の規定に基づき、別紙のとおり
千葉県災害福祉支援チームへの協力会員等を届け出ます。

【記入担当者】氏 名:
連絡先:

様式第4号(千葉県災害福祉支援チーム員登録証)

(表)

(様式第4号)

千葉県災害福祉支援チーム員登録証

登録番号 R2-0000

氏名 ○○ ○○○

(生年月日 年 月 日)

上記の者について、千葉県災害福祉支援
チーム設置運営要領第4条第2項の規定
に基づく千葉県災害福祉支援チーム員登
録者名簿に登録されたことを証明します。

千葉県知事
発効日： 年 月 日

写真

55mm

91mm

(裏)

注意事項

1. チーム員は、チーム員としての活動期間中、常にこの登録証を携帯すること。
2. この登録証を他人に譲渡又は貸与しないこと。
3. この登録証を紛失し、又は損傷したときは、千葉県災害福祉支援チーム設置運営要領（以下、「運営要領」という。）第4条第5項の規定に基づき登録証の再交付を受けること。
4. 運営要領第5条の規定に基づき千葉県災害福祉支援チーム員の登録を抹消された場合は、この登録証を返還すること。
5. 千葉県知事印のないものは無効である。

◆連絡先

千葉県社会福祉協議会福祉サービス事業部 TEL 043-245-1104
千葉県健康福祉部健康福祉指導課 TEL 043-223-2351

様式第5号(千葉県災害福祉支援チーム員変更届出書)

千葉県災害福祉支援チーム員変更届出書

年 月 日

千葉県知事 様

法人(団体)名
代表者職氏名

千葉県災害福祉支援チーム員登録者名簿の登録内容に変更が生じたので、千葉県災害福祉支援チーム設置運営要領第4条第3項の規定に基づき届け出ます。

記

項目	変更前	変更後
ふりがな 氏名 (登録番号)		
職種 保有資格		
勤務先施設名 施設所在地 (施設職員の場合)		
施設連絡先 (施設職員の場合)		
居住市町村 (個人会員の場合)		
その他		

【記入担当者】 氏名:
連絡先:

様式第6号(千葉県災害福祉支援チーム員登録証再交付申請書)

千葉県災害福祉支援チーム員登録証再交付申請書

年 月 日

千葉県知事 様

氏 名
生年月日
登録番号

下記の理由により、千葉県災害福祉支援チーム員登録証の再交付を千葉県災害福祉支援チーム設置運営要領第4条第5項の規定により申請します。

記

1. 再交付申請理由(当てはまる理由の太枠内に○を記入してください。)

<input type="checkbox"/>	紛失(再交付後に紛失した登録証が見つかった場合は、旧登録証を県に返還すること。)
<input type="checkbox"/>	損傷(損傷した登録証を添付すること。)

2. 紛失又は損傷の理由

様式第7号(千葉県災害福祉支援チーム員辞退届出書)

千葉県災害福祉支援チーム員辞退届出書

千葉県知事

様

年 月 日

法人(団体)名
代表者職氏名

千葉県災害福祉支援チーム員登録者名簿に登録されている者の登録を辞退したいので、千葉県災害福祉支援チーム設置運営要領第5条第1項の規定に基づき届け出ます。

記

ふりがな 氏名	
生年月日	
登録番号	

※ 千葉県災害福祉支援チーム登録証を添付してください。

【記入担当者】氏名:
連絡先:

様式第8号(千葉県災害福祉支援チーム派遣要請書)

千葉県災害福祉支援チーム派遣要請書

年 月 日

千葉県知事 様

(市町村名)長

避難所等の運営等に必要ことから、千葉県災害福祉支援チーム設置運営要領第9条第1項第2号の規定に基づき、下記のとおり千葉県災害福祉支援チームの派遣を要請します。

記

派遣先施設名	所在地	連絡責任者	派遣希望職種・人数

【連絡先】

(担当部署名及び担当者名)

(電話、FAX, E-mail)

様式第10号(千葉県災害福祉支援チーム活動記録報告書)

千葉県災害福祉支援チーム活動記録報告書

報告: 年 月 日

報告者	職名		氏名			
所属 (団体又は施設名)						
活動期間	出勤要請を受理した時刻	年	月	日(曜日)	時	分
	出勤時刻	年	月	日(曜日)	時	分
	到着時刻	年	月	日(曜日)	時	分
	撤退時刻	年	月	日(曜日)	時	分
	帰着時刻	年	月	日(曜日)	時	分
派遣場所 (移動経路)						
現場の災害概況 及び 要配慮者の状況						
活動内容						
出勤者	団体名	施設名	職種	氏名		
特記事項						

修了証書

氏名【修了者氏名】
生年月日

あなたは、千葉県災害福祉支援チーム(DWAT)チーム員〇〇〇研修を修了したことを証します。

年 月 日

〇〇〇〇