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**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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３号

**千葉県災害福祉支援チーム員登録者名簿**



|  |
| --- |
| （表） |
|  |
| (裏)  91mm |
|  |

(様式第４号)

55mm

様式第５号

**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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　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**

年　　月　　日

千葉県知事

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。）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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。） |
|  | 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**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　千葉県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　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**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　千葉県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（市町村名）長

　避難所等の運営等に必要なことから、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９号

**千葉県災害福祉支援チーム員派遣依頼書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（協力法人名）

様

（協力団体名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　千葉県知事

　千葉県災害福祉支援チーム設置運営要領第１０条第１項の規定に基づき、下記のとおり　千葉県災害福祉支援チーム員の派遣を依頼します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 災害名等 | 活動予定地  （市町村） | 職種等 | 氏名 | 備考  （活動期間等） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

様式第１０号

**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 | 出動要請を受理した時刻　　　年　　月　　日（曜日）　　時　　分  　　　　　　出動時刻　　　　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 |  | | | | | | |
| 出動者 | 団体名 | | 施設名 | | 職種 | | 氏名 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| 特記事項 |  | | | | | | |

**様式第１１号**

**第 　　　　　号**

**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○○○研修を修了したことを証します。**

**年 月 日**

**〇〇〇〇**