岐阜ＤＷＡＴ派遣要請書

様式２

　　年　　月　　日

岐阜県知事　様

岐阜市長

避難所運営等に必要なことから、下記のとおり岐阜ＤＷＡＴの派遣を要請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣施設等名称 | 所在地 | 電話/FAX | 連 絡  責任者 | 要配慮者 | 岐阜DWATの人数 | 派遣期間 |
|  |  | (電話)  (FAX) |  | 高齢者　(　　名) |  | 年　　月　　日  ～  　　年　　月　　日 |
| 障がい者(　　名) |
| 妊産婦 (　　名) |
| 乳幼児 (　　名) |
| その他 (　　名) |
|  |  | (電話)  (FAX) |  | 高齢者　(　　名) |  | 年　　月　　日  ～  　　年　　月　　日 |
| 障がい者(　　名) |
| 妊産婦　(　　名) |
| 乳幼児　(　　名) |
| その他　(　　名) |
|  |  | (電話)  (FAX) |  | 高齢者　(　　名) |  | 年　　月　　日  ～  　　年　　月　　日 |
| 障がい者(　　名) |
| 妊産婦　(　　名) |
| 乳幼児　(　　名) |
| その他　(　　名) |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担 当 者 |  |
| 電　　話 |  |
| Ｆ Ａ Ｘ |  |
| e-mail |  |