様式１

* ○第　　△　△　号

令和　　年　　月　　日

群馬県在宅保健師「さちの会」会長　　様

公印

○○○市町村長

「災害時支援ボランティア事業」による支援について（依頼）

 この度の災害につきまして、下記のとおり貴所属災害時支援ボランティアの支援をいただきたく、よろしくお願いします。

記

支　援　依　頼　書

|  |  |
| --- | --- |
| 記入事項 | 支援要請市町村 |
| 支援部署 | 市町村（県）名担当課・係名 | 市町村（県）　　　　　　　　課 　 　　　　　　　係　 |
| 住所（ＴＥＬ） |  |
| 担当者名 |  |
| 集合場所（例：保健センター　　　○階会議室） |  |
| 支援日時 | 令和　　年　月　日（　　）～令和　　年　　月　　日（　　）　　　　　　時　　　　分　～　　　　　時　　　　分 |
| 支援依頼者数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名 |
| 支援内容 | 例：被災者の健康管理健康相談等 |  |
| そ の 他 | ボランティア会員が準備するもの及び注意事項等 |  |

提出先：＜群馬県在宅保健師「さちの会」事務局＞

群馬県国民健康保険団体連合会保健事業課内

電話（０２７）２９０－１３２５

FAX（０２７）２５４－３２８９