

福岡県言語聴覚士会

令和6年能登半島地震におけるJRAT活動への派遣承諾書

(当法人／当病院／当施設)に所属する以下の者を、石川県能登半島地震のJRAT活動に派遣することを承諾いたします。

派遣協力者

	職種	氏名
1		
2		
3		
4		
5		
6		

令和 年 月 日

(当法人／当病院／当施設) 名称：

代表者役職：

代表者氏名：

印

◆返信先：福岡県言語聴覚士会 事務局

以下のどちらかの方法でご返信ください。

・ FAX：092-832-1167

・ E-mail：yoshinaga@takagigakuen.ac.jp

※メールの場合は、件名を「能登半島地震 JRAT 派遣承諾書」とし、PDF化したデータを添付してご返信ください。