令和　　年　　月　　日

（あて先）

滋賀県社会福祉協議会　しがDWAT事務局

滋賀県災害派遣福祉チーム(しがＤＷＡＴ)名刺フォーマット使用申請書

（申請者）

所属

氏名

　下記の通り、滋賀県災害派遣福祉チーム(しがＤＷＡＴ)名刺フォーマットの使用について申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名等 |  |
| チーム員氏名※複数名可、協定団体の別は問いません |  |
| メールアドレス |  |
| 同意事項※要チェック | [ ] 　登録チーム員の名刺作成以外には使用しません。[ ] 　他所へデータを譲渡しません。　（作成過程にかかる行為は除く） |
| 使用開始希望日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 備考 |  |

※本書を滋賀県社会福祉協議会（shigadwat＠shigashakyo.jp）へご提出ください。記載のメールアドレスへJPGデータをお送りします。