**三重JRAT**

**令和6年能登半島地震によるJRAT活動への現地派遣承諾書**

（当法人／当病院／当施設）に所属する以下の者を、令和6年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 |  |  |
| 7 |  |  |

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：三重JRAT調整本部（鈴鹿医療科学大学リハビリテーション科内）

E-mail：miejrattyouseihonbu2024@gmail.com

担当：三重JRAT調整本部　副本部長　齋藤恒一（鈴鹿医療科学大学リハビリテーション学科）

※送付の際には、件名を「能登半島地震JRAT派遣承諾書」とし、PDFにて上記アドレスに送付ください。なお、原本は、代表者の方が保管してください。