

福井県災害時ボランティア登録証明書

平成 年 月 日

(団体名または氏名)

福井県知事名

貴団体は(あなたは)、下記のとおり「福井県災害時ボランティア登録制度」の登録ボランティアであることを照明します。

記

- 1 登録年月日 平成 年 月 日
- 2 登録番号 (年度 年度における通し番号)
- 3 登録団体(登録者)
 - (1) 団体名(氏名)
 - (2) 所在地(住所)
 - (3) 代表者名