

JRAT 関連施設 病院長・施設長 様

一般社団法人 日本災害リハビリテーション支援協会(JRAT)

代表理事 栗原 正紀

(公印省略)

令和 8 年熊本地震における JRAT 現地支援チーム派遣に係る事前許可のお願い

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

このたび、日本災害リハビリテーション支援協会(JRAT)では、令和 8 年熊本地震により被害を受けた地域に対し、現地支援チームを派遣し、避難所等におけるリハビリテーション支援活動を実施することとなりました。

JRAT 現地支援チームの一員として、下記のとおり熊本県内被災地域における支援活動へ参加させていただきたく、事前に施設長のご許可を賜りますようお願い申し上げます。

なお、本活動は、被災された方々の生活再建および健康維持・改善を支援することを目的としており、災害時におけるリハビリテーション専門職の役割を果たす重要な活動であると考えております。ご多忙のところ恐縮ではございますが、趣旨をご理解いただき、ご承認いただけますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

記

■活動名

令和 8 年熊本地震における JRAT 現地支援活動

■派遣期間

令和 8 年 9 月 1 日 ~ 令和 8 年 9 月 5 日の間

■派遣先

熊本県内被災地域(熊本 JRAT 指揮下)

■活動内容

避難所支援業務およびそれに付随する JRAT 活動

以上

※ご承認いただけましたら、別紙「JRAT 現地支援チーム派遣許可状」へのご記入・ご押印をお願いいたします。

令和 8 年 月 日

令和 8 年熊本地震における JRAT 現地支援チーム派遣事前許可状

一般社団法人 日本災害リハビリテーション支援協会(JRAT)

代表理事 栗原 正紀 殿

以下、当施設職員が、日本災害リハビリテーション支援協会(JRAT)の実施する「令和 8 年熊本地震における現地支援活動」に参加することを許可します。

◇派遣職員

氏 名:

職 種:

所属部署:

◇派遣期間

令和 8 年 月 日 ~ 令和 8 年 月 日

◇派遣先

熊本県内被災地域(熊本 JRAT の指揮下)

◇派遣内容

避難所支援業務およびそれに付随する JRAT 活動

施設名:

施設公印

施設長名:

所在地:

電話番号: