**令和元年度岩手県災害派遣福祉チーム員登録研修**

受講申込書

9/30必着・「チーム員経歴書」添付

郵送先：〒028-0831

盛岡市三本柳8-1-3ふれあいランド岩手内

岩手県社会福祉協議会福祉経営支援部宛て

岩手県災害福祉広域支援推進機構　事務局長　様

（岩手県社会福祉協議会福祉経営支援部　行）

　本年度に実施する標記研修について下記のとおり受講を希望します。

記

１　派遣元法人等について

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・法人・職能団体名 |  |
| 連絡先電話 | 電話： 　 　　　　　FAX： |
| 連絡責任者名 |  |

２　受講について

次の予定者について受講を希望します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属施設 | 役職名 | 氏　名 |
|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

≪通信欄≫