**令和元年度岩手県災害派遣福祉チーム員「スキルアップ研修１」**

受講申込書

岩手県社会福祉協議会　福祉経営支援部（担当：菊池）宛て

10/4必着

送付先：FAX019-637-4255

※添書不要

　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

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・法人等名 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ： |
| ＦＡＸ： |
| 連絡担当者名 |  |

２　受講希望チーム員

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属施設 | 役職名 | チーム員氏名 |
|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

≪通信欄≫