申込締切　６月９日（金）（**FAX　０１８－８６４－２８４０**）

※FAX送信票は不要です。

秋田県災害福祉広域支援ネットワーク協議会事務局／山谷　行き

６月１６日・１７日開催

令和５年度第１回秋田県災害派遣福祉チーム員登録基礎研修申込書

法人名

施設名

　　　　　　　　　　　担当者職氏名

住所　〒　　　　－

ＴＥＬ

ＦＡＸ

１　受講申込（チーム員として登録を希望する場合）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | ふりがな  氏名 | 性別 | 職名 | 福祉事業所  従事年数 | 保有資格  ※１ | 備考  ※２ |
| １ |  |  |  | 年 |  |  |
| ２ |  |  |  | 年 |  |  |
| ３ |  |  |  | 年 |  |  |

※１　保有資格は、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、保育士等を記載。

※２　法人内で複数参加の場合、まとめて申込みいただいても構いません。

その場合は、備考欄に施設名を御記入ください。

２　見学希望（チーム員派遣を検討している事業所の役員及び管理者の場合）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | ふりがな  氏名 | 性別 | 職名 | 備考 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |

**【事務局使用欄】（Ｎｏ　　　　　）　　（受付日　　　　　　　　）　返送 □**

**※受付後、申込書をFAXで返送します。**