

山口県災害派遣福祉チーム フォローアップ研修 ～災害福祉支援活動の強化に向けて～ 参加申込書

申込先 山口県災害福祉支援ネットワーク協議会 事務局 担当: 石原、小田 FAX : 083-924-2798 TEL : 083-924-2830

申込日: 令和 年 月 日

所属名		連絡担当者	
住所	〒		電話 ()

No.	参加者氏名	職名	災害支援活動経験の有無	(有の場合) 災害名・活動内容 等	備考
例	山口 太郎	介護支援専門員	有・無	熊本地震でのボランティア活動	
1			有・無		
2			有・無		
3			有・無		

※ 当申込書に記載された個人情報は、研修会運営管理の目的だけに使用いたします。なお、研修会資料に所属・名前・職種を掲載させていただきます。

※ 令和7年1月15日(水)までにメールまたはFAXにて申込みをしてください。

※ 枠が足りない場合は、コピーしてください。