**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 | ( 　 )  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 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。