［参加申込票］

別添

10/17鳥取県災害時福祉支援チームweb研修会

【代表者】

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 | ＜回答先＞鳥取県福祉保健課地域福祉推進担当　加藤　宛メール：katouma@pref.tottori.lg.jpFAX:0857-26-8116 |
| 所属名 |  |
| 氏　名 |  |
| メールアドレス(必須) |  |
|  電話番号 |  |

【出席者一覧】※所属・グループ単位でご参加の場合はご記載ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属名 | 職名 | 氏　　名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【申込締め切り：１０／７（水）】