

令和4年度「鳥取県災害派遣福祉チーム 先遣隊・コーディネーター研修」参加申込書

所属先	申込者	連絡先 (電話番号)
-----	-----	---------------

No	所 属	氏 名	職 名	取得資格※○印をお願いします。				メールアドレス ※完全オンライン開催となった場合には、パソコンのご準備をお願いします。	参加方法	備考
				社 会 福 祉 士	介 護 福 祉 士	門 介 員 支 援 専	保 育 士			
(例)	鳥取県社会福祉協議会	鳥取 たろう	主事	○				saigai-c@tottori-wel.or.jp	会場	精神保健福祉士
1										
2										
3										
4										
5										

申し込みいただいたメールアドレスにリモート参加のためのZoomのURLをお送りいたします。

申込期日：令和4年8月15日（月）まで

「出席連絡票」に記載された個人情報、参加者名簿の作成など、本研修会、鳥取県DWATの運営管理に関する目的にのみ使用し、他の目的で使用することはありません。
送信先

〒689-0201 鳥取市伏野1729-5 鳥取県社会福祉協議会 災害福祉支援センター（担当：永見、前田）

電話 0857-30-6367 メールアドレス saigai-c@tottori-wel.or.jp ファクシミリ 0857-59-6341