

令和4年度「鳥取県災害派遣福祉チーム 基礎研修（第2回）」参加申込書

所属先		申込者		連絡先 (電話番号)					
No	所 属	職 名	氏 名	取得資格※○印をお願いします。			資料の送付先 ※オンライン参加の場合のみ郵送いたします。	メールアドレス ※オンライン参加をご希望の場合には、パソコンのご準備をお願いします	参加方法
				社会福祉士	介護福祉士	介護支援専門員			
(例)	鳥取県社会福祉協議会	主事	鳥取 たろう	○			〒689-0201 鳥取市伏野1729-5	saigai-c@tottori-wel.or.jp	会場参加
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9月12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DWT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