令和５年度　滋賀県災害派遣福祉チーム（しがDWAT）養成研修

受講申込書

**＜　受講者　⇒　社会福祉士会　あて　＞**

**FAX ： ０７７－５６１－３８３５ / e-Mail ：　shiga2944@sirius.ocn.ne.jp**

記入日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 受講者氏名 |  |
| 勤務先施設名（勤務先がある場合のみ） |  |
| 勤務先住所 | 〒　　　　　―　　　　  |
| 勤務先電話番号 |  |
| 職名 |  |
| 所有資格 |  |
| 個人住所（受講決定通知送付先） | 〒　　　　　―　　　　  |
| 個人連絡先（固定電話ある場合のみ） |  |
| 携帯電話番号（必須） |  |
| メールアドレス（必須） |  |