

高知県災害派遣福祉チーム（第1期）養成研修 受講申込書

社会福祉法人高知県社会福祉協議会長 様

令和2年 月 日

下記のとおり、高知県災害派遣福祉チーム（第1期）養成研修の受講を申し込みます。

所属団体			
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
本人住所	〒		
資 格			
職 種		業務経験	年 月
勤務先 法人名			
勤務先 施設・ 事業所名			
勤務先 所在地	〒		
勤務先 電話		勤務先 F A X	

（記入上の注意）

- ① 「資格」欄には、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、保育士、看護師の保有資格名をすべて記入してください。
- ② 「職種」欄には、介護職員、生活相談員、相談支援専門員、生活支援員、地域包括支援センター職員等の職種名を記入してください。
- ③ 記入いただいた内容は、研修の運営管理、高知県災害派遣福祉チームの登録管理に使用いたします。