（別紙２）

社協職員向け

　　　愛媛県社会福祉協議会 地域福祉課行き

Ｆ Ａ Ｘ：０８９－９９３－７７３８

Ｅメール：chiiki@ehime-shakyo.or.jp

令和６年度　災害ボランティア研修会

参　加　申　込　書

|  |  |
| --- | --- |
| **社協名** |  |

申込担当者：

Ｔ Ｅ Ｌ　：

**【参加者】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 所属・役職名 | 氏　名 | 研修会 | 情　報交換会 |
| １ |  |  |  | ２日間参加 | 有 ・ 無 |
|  | １日目のみ参加 |
|  | ２日目のみ参加 |
| ２ |  |  |  | ２日間参加 | 有 ・ 無 |
|  | １日目のみ参加 |
|  | ２日目のみ参加 |
| ３ |  |  |  | ２日間参加 | 有 ・ 無 |
|  | １日目のみ参加 |
|  | ２日目のみ参加 |

※「研修会」「情報交換会」欄＝いずれかに○を付けてください。

※参加申込書で得た個人情報については、愛媛県社会福祉協議会が定める「個人情報保護規程」に基づき、本研修以外の目的での使用はいたしません。

**申込締切　令和７年２月６日（木）**