**令和７年度岩手県災害派遣福祉チーム員登録研修**

受講申込書

岩手県災害福祉広域支援推進機構事務局長　様

（岩手県社会福祉協議会福祉経営支援部　行）

　標記研修について下記のとおり受講を希望します。

記

１　派遣元法人等について

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・法人・職能団体名 |  |
| 連絡先電話 | 電話： 　 　　　　　FAX： |
| 連絡責任者名 |  |

２　受講希望者（チーム員予定者）について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属施設 | 役職名 | 氏　名 |
|
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| （通信欄） |
|  |
| ≪提出前の☑チェックリスト≫  □この「受講申込書」に「チーム員経歴書」を添付した。  →☑が済みましたら、事務局へ郵送ください。  □常時連絡が可能なアドレス（個人の携帯電話等）を準備した。  □メール件名「チーム員」、メール本文「氏名、所属施設（又は職能団体名等）」を入力した。  □顔写真データ（肩より上／データ名に氏名入力）を準備して、メール添付した。  →☑が済みましたら、事務局（t-wayama@iwate-shakyo.or.jp）へメール送信ください。 |

**≪９月５日(金)必着・「チーム員経歴書」添付≫**

郵送先：〒020-0831　盛岡市三本柳8地割1番3ふれあいランド岩手内

岩手県社会福祉協議会 福祉経営支援部 和山宛て