**別紙１**

|  |
| --- |
| **「山口県災害派遣福祉チーム 基礎研修」** 出 欠 通 知 書 令和 ７年　　 月　　　 日所属施設・事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 所属施設・事業所連絡先：　 ( )　　　　－　　　　　　　　　職 名：　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　氏　名：　　　　　　 　　　　　　　　　 　　　 　□の中に、チェック☑を記入してください。➀　令和７年１０月２２日(水)開催の「山口県災害派遣福祉チーム 基礎研修」に、□　出席します□　欠席します　　　　　　　　　　　　　※｟通信欄｠ |

《提出期限》 令和７年１０月６日（月）

《提出方法》 山口県災害福祉支援ネットワーク協議会事務局宛てに、メール

または、ＦＡＸにて回答してください。

山口県災害福祉支援ネットワーク協議会事務局

ＦＡＸ：０８３－９２４－２７９２

E-mail: s-center@yg-you-i-net.or.jp