**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