別紙２

山口県災害派遣福祉チーム　基礎研修

参加申込書

申込団体情報

団体名：

担当者：

連絡先　ＴＥＬ：（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：（　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役 職 名 | 氏　　名 | 備　　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ＜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