FAX：**０８３-９２４-２８４７**　　　山口県社会福祉協議会　地域福祉班　和田　行

**令和７年２月５日(水)締切**

。

山口県福祉教育推進研修（2／21）　**参加申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | **市町名** | 市  　　　　　　町 | | **連絡担当者**  **氏名** |  | **連絡先**  **電話番号** | |  | | |
| **参 加 者** | |  |  | |  | |  | |  | |  | | |
| **No** | **所属先** | | **氏名** | | **参加方法**  **（いずれかに〇）** | | **【オンライン参加の場合】**  **メールアドレス** | | | | | **備　考** |
| １ |  | |  | | 会場参加  オンライン参加 | |  | | | | |  |
| ２ |  | |  | | 会場参加  オンライン参加 | |  | | | | |  |
| ３ |  | |  | | 会場参加  オンライン参加 | |  | | | | |  |
| ４ |  | |  | | 会場参加  オンライン参加 | |  | | | | |  |
| ５ |  | |  | | 会場参加  オンライン参加 | |  | | | | |  |

■手話通訳や要約筆記を希望される方、車いす利用に関する配慮が必要な方などは、備考欄に記入してお知らせください。

■枠が足りない場合はコピーして使用してください。