**高知県災害派遣福祉チーム（第１期）養成研修　受講申込書**

社会福祉法人高知県社会福祉協議会長　様

令和２年　　　月　　　日

　下記のとおり、高知県災害派遣福祉チーム（第１期）養成研修の受講を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属団体 | 高知県老人福祉施設協議会 |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 性　別 | 男　・　女 | 年　齢 | 歳 |
| 本人住所 | **〒** |
| 資　格 |  |
| 職　種 |  | 業務経験 | 年　　　　月 |
| 勤務先法人名 |  |
| 勤務先施設・事業所名 |  |
| 勤務先所在地 | **〒** |
| 勤務先電話 |  | 勤務先ＦＡＸ |  |

（記入上の注意）

　①　「資格」欄には、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、保育士、看護師の保有資格名をすべて記入してください。

　②　「職種」欄には、介護職員、生活相談員、相談支援専門員、生活支援員、地域包括支援センター職員等の職種名を記入してください。

　③　記入いただいた内容は、研修の運営管理、高知県災害派遣福祉チームの登録管理に使用いたします。