**【別紙１】【福祉施設職員用】**

**施設****6/17（月）→所属法人6/20（木）→奈良県社会福祉協議会6/25（火）〆切**

**令和６年　　月　　日**

**第六期（令和６年度）奈良県災害派遣福祉チーム(ＤＷＡＴ)員登録に伴う**

**３府県（大阪府・京都府・奈良県）１日合同養成研修会（大阪）参加候補者申込書**

〇令和６年度 奈良県災害派遣福祉チーム員候補者に応募します。

|  |  |
| --- | --- |
| 養成研修日時 | どちらか1日受講  下記２回の日程の内、第１希望・第2希望に〇を付してください。 |
| **第１希望**  **・**  **第２希望** | **7月23日（火）10:00～17:00　： 8月20日（火）10:00～17:00**  **7月23日（火）10:00～17:00　： 8月20日（火）10:00～17:00** |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 性　　別 |  |
| 資 格 |  |
| 職 種 |  |
| 実務経験  年 数 |  |
| 生年月日 |  |
| 個人携帯番号 |  |
| 個人メール  アドレス  （フリガナ） |  |
| 勤務先名称 |  |
| 勤務先住所 | 〒　　　　－ |
| 勤務先  電話／FAX |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【研修受講に係る注意事項】 |  |  |  |  |  |
| ・研修当日に体調の優れない方は、受講をお控えください。なお、研修会場で著しく体調の不良が見られる方には事務局から受講をお断りする場合がありますので、ご了承ください。 | | |  |  |  |