三者連携体制の構築に向けた研修会　参加申込書

**申込期限　令和７年３月３日（月）**

＜申込団体等＞

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　　　属 |  |
| 申込担当者名 |  |
| 連絡先（電話番号） |  |
| 本研修に係るメールの送信先（ZoomのURL、当日資料等） |  |
| 当日のZoom入室端末の台数（予定） | 　　　　　台 |

＜参加者＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 氏　名 | 所　属 | 職　名 | 備　考 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

**＜提出先＞**

**岩手県社会福祉協議会地域福祉企画部　菊地 宛て**

**FAX：０１９―６３７‐７５９２　　※ 添書不要**

**電子メール：**m-kikuchi@iwate-shakyo.or.jp