**令和元年度ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟ研修会参加申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | |
| 所属先 |  | 役職名 |  |
| 連絡先住所 | 〒  TEL | | |
| 実務年数 | （　　　　　）年【コーディネート業務にあたった年数をご記入ください】 | | |
| □　情報提供を希望する  今後、当センターの研修会等に関する情報提供を希望される方は、レ印を記入してください | | | |
| ※　コーディネートの際に困った事例等がありましたらご記入ください。 | | | |

**申込締め切り　　６月２０日（木）　FAX、電子メール可**

宛先：社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会（担当：秋本、上田）

（ＦＡＸ）０８５７－５９－６３４１

Ｅメール　[akimotor@tottori-wel.or.jp](mailto:akimotor@tottori-wel.or.jp)