

(様式1)

平成30年度市町村社協職員活動支援事業

## 申込書

社協名 \_\_\_\_\_ 社会福祉協議会

会長名 \_\_\_\_\_ 印

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会  
会長 藤井 喜臣 様

下記の者について、研修への派遣を希望します。

氏名	部署・職名

参加を希望する研修 (研修名又は番号を記入)	参加日
	月 日～ 月 日
希望理由	

(申込担当者： \_\_\_\_\_ )

**【申込先】**

〒689-0201 鳥取市伏野 1729-5

鳥取県社会福祉協議会 地域福祉部 (担当：柳谷、永見)

TEL：0857-59-6332 FAX：0857-59-6340