**令和５年度要保護児童対策地域協議会連携強化研修（中央圏域）**

**受講申込書**

**開催日時：令和５年９月２１日（木）午前９時３０分から午後０時３０分まで**

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

社会福祉法人山口県社会福祉協議会　　宛

ＦＡＸ　０８３－９８７－０１２４

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒 　　 －  |
| 所　　属　　名 | 担当課（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担 当 業 務 |  |
| 本研修に関する問合せ担当者 |
| 問合せ先電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　名 | （　ふりがな　）氏　　　名 | 年齢区分 |
|  | （　　　　　　　　　　　　　） | 　　　　　代 |
|  | （　　　　　　　　　　　　　） | 　　代 |
|  | （　　　　　　　　　　　　　） | 　　　　　　代 |
|  | （　　　　　　　　　　　　　） | 　　　　　　代 |

＜備考＞

申込期限までにＦＡＸで申し込んでください。