**令和６年度要保護児童対策地域協議会連携強化研修（下関会場）**

**受講申込書**

**開催日：令和６年１０月２４日（木）午後１時３０分から午後４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 |
|  | （　　　　　　　　　　　　　） |
|  | （　　　　　　　　　　　　　） |
|  | （　　　　　　　　　　　　　） |
|  | （　　　　　　　　　　　　　） |

＜備考＞

申込期限までにＦＡＸで申し込んでください。