Ｅメール：chouju@ehime-shakyo.or.jp　ＦＡＸ：０８９－９２１－３３９８

愛媛県社会福祉協議会　福祉人材部　長寿推進課　行（送信紙不要）

令和７年度　愛媛県ノーリフティングケア普及啓発事業　管理者研修

参加申込書

【申込団体等】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 |  | 申込担当者 |  |
| 団体等所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |

【参加方法】　※下記のいずれかに☑のうえ、必要事項の記入をお願いします。

□会場参加（愛媛県総合社会福祉会館　３階「研修室」）

　　⇒会場で参加される方の氏名等をご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 団体名等  （申込団体と同じ場合は記入不要） | 役職名  （無い場合は記入不要） | 氏名 | 備考 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |

　※本研修会では、参加の決定通知等は送付しません。当日、直接会場までお越しください。

□オンライン参加（Ｚｏｏｍミーティング）

　　⇒招待メール送信先：

　　※大文字や小文字、数字との区別が分かりやすいようにご記入ください。

※複数台のパソコンからのログインを希望する場合は、下記連絡事項欄にその旨をご記入ください。

【連絡事項】

|  |
| --- |
| 研修会に関する連絡事項や質問等がありましたら、ご記入ください。 |
|  |

|  |
| --- |
| 申込期限：令和７年５月３０日（金） |