

三者連携体制の構築に向けた研修会 参加申込書

申込期限 令和4年12月20日(火)

<申込団体等>

| | |
|-----------------------------------|--------|
| 所 属 | |
| 申込担当者名 | |
| 連絡先（電話番号） | |
| 本研修に係るメールの送信先 （ZoomのURL、当日資料等） | |
| 当日のZoom入室 端末の台数（予定） | _____台 |

<参加者>

| No | 氏 名 | 所 属 | 職 名 | 備 考 |
|----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |

<提出先>

岩手県社会福祉協議会地域福祉企画部 菊池 宛て

FAX：019-637-7592 ※ 添書不要

電子メール：s-kikuchi@iwate-shakyo.or.jp