［送　信］

このままお送りください

**ＦＡＸ：043-443-1761**

八街市社会福祉協議会　行

**令和６年度　千葉県コミュニティソーシャルワーカー育成研修**

**地域福祉の担い手養成講座**

**参加申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **氏名** | **団体名・所属等** | **備考** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

【連絡先】

|  |
| --- |
| **〒****住所** |
| **担当者(代表者)名：****電話：　　　　　　　　　　　　　FAX：** |

※参加希望者数が３名を超える場合、別紙にてお申込いただいても結構です。　　　　　　　必ず担当者名・連絡先を記載してください。

＜個人情報の保護について＞

本研修の参加申込を通じて取得した個人情報については、千葉県社会福祉協議会が定める「個人情報に関する方針（プライバシーポリシー）」に基づき取り扱うこととし、本研修の運営に関する業務以外の目的には使用いたしません。

**申込締切日：１２月１２日（木）**