

※FAX送信票等鏡文書は不要です。

【送信先】FAX：011-271-3956

北海道社会福祉協議会 地域福祉部地域福祉課 山口・山崎 行

平成29年度  
災害ボランティアコーディネーター養成・資質向上研修会  
参加申込書

申込会場（いずれかに○）		
①札幌（9/5～6） ・ ②旭川（9/14～15） ・ ③釧路（9/20～21） ・ ④函館（10/10～11）		
所属	参加者氏名	性別
職名	情報交換会出欠	
	出 ・ 欠	

申込担当者氏名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

FAX番号： \_\_\_\_\_

※1 「参加申込書」に記載された個人情報は、本研修の運営にのみ利用いたします。記載内容につきまして、参加者名簿を参加者に配布する予定ですので、あらかじめご了承ください。

※2 複数名のお申込みの場合は、本用紙をコピーしてご使用ください。

※3 各会場 申込み締切期日

①札幌	8月31日（木）
②旭川	9月6日（水）
③釧路	9月11日（月）
④函館	9月25日（月）