**申込方法**；**各ネットワーク構成団体事務局で受講申込者をおまとめの上、**

**電子メールまたはファクシミリにてお申込みください。**

メールアドレス：kikaku@knsyk.jp（総務企画部　川上あて）

ファクシミリ　：045-312-6302

**申込期限**；令和３年2月4日（木）

別紙２

**「令和２年度かながわ災害福祉広域支援ネットワーク研修」**

**受講申込票（演習Ⅰ：基礎演習）**

ネットワーク 構 成 団 体 名

担 当 者 名

電 話 番 号

【受講申込者】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 性別 | 施設名・事業所名・所属名 | Email（＊1） | 所　在市区町村 | 職種（＊2） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

＊1：**受講者には事前課題があります。**メールにてご案内しますので、確実に届くPCで受信するアドレスをご提出ください。

＊2：事務、施設長・管理者、介護職員、介護支援専門員　などをご記入ください。