

【申込先】島根県社会福祉協議会 地域福祉部障害者福祉係（担当：増田・松谷）  
FAX 0852-32-5982

## 第2回メッセージャー育成研修 申込書

1	ふりがな 氏 名			
2	性 別	男 ・ 女		
3	生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 ( ) 歳		
4	住 所	〒 -  TEL ( ) -		
5	勤 務 先	職名 ( )		
6	勤務先住所	〒 -  TEL ( ) -		
7	研修申込会場 (開催市町名を 記入)			弁当申込希望 ( ・ × を記入)
8	上記のとおり申込みします。  平成 年 月 日  住 所  団 体 名  代 表 者 名  印			

この申込書による個人情報、研修時の名簿・名札の作成、研修に関する連絡、履修状況管理、修了証の発行等、研修関連のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。