**ＦＡＸ　０８８－８４４－９４４３**

**高知県社会福祉協議会　仙頭　行**

高知県災害派遣福祉チーム　令和３年度リーダー研修　受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 福祉施設・事業所でのリーダーなどの業務経験※業務経験の年数やリーダー業務の具体的な内容を記載してください。 |  |
|  |
|  |
|  |
| リーダー研修受講申込動機 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 勤務先所属長の推薦コメント※勤務先の所属長が記載してください。 |  |
|  |
|  |
|  |
| 勤務先名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）所属長役職・氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※所属長の自筆署名のみ有効とします。 |

申込：令和３年１２月１日（水）午前９時～令和４年１月１１日（火）午後５時