（様式１）学校　→　県社協

**福祉・介護の教室 申込書**

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会会長　　様

※太枠内の御記入をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 申込日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 学  校  の  名  称  等 | 学 校 名（学年） | | （　　　年） | | | | |
| 代表者 職・氏名 | |  | | | 人数  ※概数可 | 人 |
| 担当者 職・氏名 | |  | | | | |
| 住　所 | 〒　　　－ | | | | | |
| 連絡先 | ＴＥＬ |  | | | | |
| ＦＡＸ |  | | | | |
| 教室  に  つ  い  て  の  希  望 | テーマ  内　容  など |  | | | | | |
| 日　時 | ①　　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 | | | | | |
| ②　　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 | | | | | |
| ③　　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 | | | | | |
| 講　師 | ※講師が決まっている、または希望がある場合は、以下をご記入ください。  講師所属先　　　　　　　　　　連絡先（電話）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　）  講師氏名    ※　講座開催希望日の２か月前までに、県社協に提出してください。 | | | | | |

【申込先】　　社会福祉法人　山口県社会福祉協議会

**山口県福祉人材センター　FAX ０８３-９０２-５８77**