

令和3年度
群馬県災害派遣福祉チーム養成研修
参加申込書

所属団体名		
所属法人名		
所属施設名		
TEL(.....).....	
登録 No.	職 名	氏 名
-G-		

※1 この研修申込書でいただいた個人情報については、群馬県社会福祉協議会個人情報保護規程にしたがい研修事務及びこれに附帯する業務の範囲内で利用します。