災害時に福祉避難所が適切に機能するための社会福祉施設BCP策定研修

**参加申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市町村名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（℡）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 所属部署名（市町村）施設名（避難所指定施設） | 役職名 | 氏　　名（メールアドレス） | 回答欄 |
| 市町村担当者 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 施設担当者 | *（記入例）**介護老人保健施設○○苑* | *主任* | *福祉 太郎**（saigai@tottori-wel.or.jp）* | (1) | ②、④ |
| (2) | ① |
|  |  |  | (1) |  |
| (2) |  |
|  |  |  | (1) |  |
| (2) |  |
|  |  |  | (1) |  |
| (2) |  |

※回答欄については、下記（１）～（２）の項目について、当該施設として該当する数字を記入してください。

（１）想定の災害（該当するもの全て）

　　①地震災害（津波あり）　②地震災害（津波なし）　③風水害（浸水災害）

　④風水害（土砂災害）　⑤その他

（２）施設の形態

　①入所施設　　②通所施設 　 ③併設

※日程が近づきましたら、指定のメールアドレス宛に受講に関する接続情報等を送付しますので、メールアドレスの記入漏れがないようにお願いいたします。

【申込期限】 令和４年７月２２日（金）まで

【 申込先 】〒689-0201　鳥取市伏野1729-5

鳥取県社会福祉協議会 災害福祉支援センター（担当：前田、永見）

電話　０８５７-３０-６３６７　　　メールアドレス　saigai-c@tottori-wel.or.jp

　　　　　ファクシミリ　０８５７-５９-６３４１