

FAX 送信先：096-359-1800

熊本市社会福祉協議会 ボランティアセンター行

令和3年度 ボランティアコーディネーター研修会 参加申込書

●所属

施設名	
住所	
電話番号	
FAX 番号	

●参加者

氏名 <small>ふりがな</small>	担当部署	職務経験年数	ボランティア 担当年数
(男・女)		年 月	年 月
メールアドレス：			
(男・女)		年 月	年 月
メールアドレス：			
(男・女)		年 月	年 月
メールアドレス：			

※記載されたメールアドレスに zoom の URL 等をお送りしますので、誤りがないようご確認ください。

●その他

研修の中で特に学びたいことや、講師への質問など、ご自由にお書きください。	
--------------------------------------	--

- ・申込に係る個人情報は、本講座に関してのみ使用します。ただし、研修風景（写真）につきまして、本会広報誌や HP に掲載する場合がございますので、予めご了承ください。
- ・申込期日：令和4年2月22日（火）。ただし、定員となり次第締め切ります。