**送信先：三重県社会福祉協議会　福祉研修人材部　福祉育成支援課　行**

**FAX：059-222-0305**令和　　年　　　月　　　日

**令和6年度 保育・児童福祉分野における業務継続計画（BCP）策定・フォローアップ研修**

**参　加　申　込　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法 人 名・会社名 |  |
| 施設名・事業所名 |  |
| サービス種別  運営施設に〇印 | ・保育園　・認定こども園　・児童養護施設  ・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| BCP策定状況（いずれかに〇） | 策定済 ・ 策定中 （策定予定含む） |
| 記入者氏名 |  |
| 法人住所連絡先  （申込担当者連絡先） | 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| **連絡先E-mail**  （研修の件でご連絡させていただくこと  もあるため正確に記入してください。） |  |

※同一事業所で複数のお申込みの場合、優先順位（上から１番目）をつけてください。定員の関係で申込状況により調整する場合があります。以下の欄に入りきれない場合はコピーしてFAXください。



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **受講希望人数** | **名** | **保育・児童福祉分野（1/31）** | | |
| 職　　名（役職） | フリガナ | | 職種 | 性別 |
| 氏　名 | |
| 優先順位（1番目） |  | |  | 男・女 |
|  |  | |
| 優先順位（２番目） |  | |  | 男・女 |
|  |  | |
| 優先順位（３番目） |  | |  | 男・女 |
|  |  | |
| 後日動画視聴を希望（当日参加できない場合）する場合は右に〇、視聴予定人数を記入ください。 | 後日の動画視聴を希望 | | 後日動画視聴希望予定人数 | |
|  | | 名 | |

**☆申込期限：令和7年1月17日（金）17時まで☆**

※ ご記入いただいた個人情報は、本研修事業の運営に関わること以外には使用いたしません。

【お申込・お問合せ先】社会福祉法人 三重県社会福祉協議会　TEL：059-213-0533 / **FAX：059-222-0305**