宛先：福島県高齢福祉課（施設福祉）　あて

締切：令和６年６月１４日（金）

E-mail : koureihukushi\_shisetsu@pref.fukushima.lg.jp

FAX　:０２４－５２１－７７４８

介護施設等における防災リーダ養成等支援事業

実地研修申込書

申込日：令和６年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 |  | |
| 施設名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 電話番号・FAX番号 | 電話 | FAX |
| メールアドレス |  | |
| 担当者　職・氏名 | 職名 | 氏名 |

◇　実地研修　事前アンケート　◇

|  |  |
| --- | --- |
| １回目の実地研修  希　望　時　期 | 月　　初旬・中旬・下旬（いずれかを○で囲む）  （第１回の希望時期については、６月下旬以降としてください。） |
| 施設が浸水想定区域等に該当していますか。 | 1. 該当している　・　該当していない（どちらかを○で囲む） 2. 該当している場合、次の該当するものを○で囲んでください   浸水想定区域・土砂災害警戒区域・津波災害警戒区域内・その他  （その他の場合　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 助言を受けたい事項 |  |
| その他、困っている事など |  |