|  |
| --- |
| ＜個別避難計画作成　アドバイザー派遣 申込書＞ |
| ●申込日　　　　　　　　 年　　 月　　 日 |
| **※市町行政記入欄**  ●市町行政・部署名・住所等  　市町名（　　　　　　　　　）部署名（　　　　　　　　　　　　）  　住所　〒（　　　－　　　　）  　担当者名（　　　　　　　　）  　連絡先電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　連絡先メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●実施団体名・部署名等    （担当者名　　　　　　） |
| ●住所  　　〒 |
| ●電話番号 |
| ●メールアドレス |
| ●催事名称 |
| ●開催予定日時  　　　　　　　　　年　　月　　日（　）　　　　時　～　時 |
| ●開催会場  　住　所：  　会場名： |
| ●講座の概要  　目　的：  　参加予定人数：  　参加者所属： |
| ●その他（依頼内容、持ち時間等） |

静岡県社会福祉協議会　経営支援課（個別避難計画）

FAX番号　054-251-7508

※個別避難計画の作成は、市町行政の努力義務とされております。本出前講座の申し込みにあたり、市町行政が把握する必要がありますので、お手数ですが市町行政を通じてお申し込みください。