

令和4年 月 日

(社) 日本災害リハビリテーション支援協会
事務局 御中

(jrat-office@jcom.zaq.ne.jp もしくは jrat-office@jrat.jp にメール添付で送付ください)

令和4年度 JRAT 初動対応チーム隊員養成研修受講申込書

「令和4年度 JRAT 初動対応チーム隊員養成研修」受講申請をいたします。

受講開始月 8月 (7月10日申込締切) 11月 (10月10日申込締切)

1月 (11月30日申込締切) に✓を入れてください(複数選択可)

| | | |
|----------------|-------|-------|
| ふりがな | | |
| 氏名 | (姓) | (名) |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 月 日 |
| ふりがな | | |
| 自宅住所 | 〒 | |
| ふりがな | | |
| 勤務先住所 | 〒 | |
| 勤務施設名 (部署名) | () | |
| 連絡先メール | | |
| 連絡先 電話番号 | (自宅) | |
| | (携帯) | |
| 職種 (施設内役職) | | |

* 本受講申込書は、施設長の推薦状とともに本部事務局へメールにて提出してください。

地域 JRAT へは本部事務局から連絡いたします。

* ご記入頂きました個人情報は令和4年度 JRAT 初動対応チーム隊員養成研修にのみ使用いたします。また、養成研修終了後は適切に廃棄いたします。