イマジネーション株式会社　行

令和 年 月 日

別紙１

地域防災拠点名 代表者名 住 所 電 話

# 「地 域 防 災 拠 点 運 営 研 修」 推 薦 書

令和５年度の「地域防災拠点運営研修」受講者として、次の方を推薦します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 住所 | 電話番号 |
|  | 〒 |  |
|  | 〒 |  |

・各組織から２名まで推薦することができます。

・氏名は楷書で、ふりがなを付け、住所は棟室番号までご記入ください。

・６月２１日 （水） まで （必着） にご送付ください。

【受講希望日】受講可能日（太枠）に〇をつけてください。

 ※日程調整の都合上、できる限り多くの日程に〇のご記入をお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日時 | 【第１回】７月18日（火）14:30～16:00 | 【第２回】７月19日（水）9:30～12:00 | 【第３回】7月29日（土）9:30～12:00 | 【第４回】８月５日（土）9:30～12:00 |
| 場所 | 横浜市民防災センター | 横浜市民防災センター | 青葉区役所 | 戸塚区役所 |
| **受講可能日**（〇を記入） |  |  |  |  |

研修の申込みにあたり収集する氏名、電話番号、住所の個人情報は「横浜市個人情報の保護に関する条例」の規定に従い、

適正に管理し、決定通知の送付、研修の中止等、事務局から連絡の必要が生じた場合にのみ利用します。

【宛先】イマジネーション株式会社

〇郵送：〒231-8799　横浜港郵便局留　イマジネーション株式会社宛

〇ＦＡＸ：０４５-８４５-５５００

〇電子メール：yokohama-bousai@imagination.co.jp