**【FAX：019-637-4255】**

岩手県社会福祉協議会　福祉経営支援部　大崎　行　※添書不要

**令和3年度**

**介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）作成支援研修（Web研修）**

参加申込書

１　必要事項

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 施設名 |  |
| 電子メールアドレス（変更がある場合記載） |  |
| 連絡担当者 |  |
| 電話番号 |  |

２　①ライブ配信（Zoom）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連絡担当者氏名 |  | 視聴予定人数 | 人 |

　　※　視聴予定人数は見込みで構いません。変更があっても連絡不要です。

３　②オンデマンド配信（YouTube）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連絡担当者氏名 |  | 視聴予定人数 | 人 |

　　※　視聴予定人数は見込みで構いません。変更があっても連絡不要です。

　　※　ライブ配信（Zoom）に参加した場合でもオンデマンド配信の視聴が可能です。

４　その他

|  |
| --- |
| 【通信欄】 |