

令和5年度山形県地域防災スキルアップ研修会 受講申込書

令和 年 月 日

1. 申込者情報

氏名			
フリガナ			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日 ※年齢は申込時点	年（西暦）	月	日
			年齢
自宅住所	〒 ー		
電話番号	日中に連絡のとれる電話番号を記入してください。		
メールアドレス			
所属団体等 (あてはまるもの すべて)	ご職業		
	<input type="checkbox"/> 会社員	<input type="checkbox"/> 公務員	<input type="checkbox"/> 学校教職員
	<input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 学生	<input type="checkbox"/> その他 ()
	ご参加の地縁組織(あてはまるものすべてにチェック)		
	<input type="checkbox"/> 自治会	<input type="checkbox"/> 自主防災組織	<input type="checkbox"/> 消防団
	活動する所属団体等の 名称(主なもの一つ) :		
	役職等 :		
養成機関	資格を取得した際の養成(研修)機関を選択してください。 <input type="checkbox"/> 山形県(受講年度:) <input type="checkbox"/> その他		
最寄りの 避難場所、避難所	避難場所		
	避難所		
受講会場 ※どちらか一方に ○をつけてください	<p style="text-align: center;">村山会場 ・ 庄内会場</p> <p style="text-align: center;">【11月4日(土)】 【12月17日(日)】</p>		
災害図上訓練 (DIG)の経験	これまでの災害図上訓練(DIG)の経験を選択してください。 <input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 経験あり <input type="checkbox"/> 経験あり <input type="checkbox"/> 指導経験あり (リーダー的役割)		

2. ご自身の地域で想定される災害を教えてください。

--

【確認事項】

本研修会の受講者は、居住する市町村に対し、県が上記「1. 申込者情報」を提供することについて承諾するものとします。

(申込み・問い合わせ先) 〒990-8570 山形県山形市松波二丁目8番1号 山形県防災くらし安心部防災危機管理課 防災教育・情報担当 電話：023-630-2255 FAX：023-633-4711
--