「災害発生時における被災状況等を把握するシステムの訓練」（連絡票）

------------------------------------------------------------------------------------------------------

**送信先：高知県子ども・福祉政策部 長寿社会課　介護事業者担当　弘田　あて**

**FAX：０８８－８２３－９２５９**　　　　　　（TEL：088-823-9632）

○　施設・事業所名

○　ご担当者様　職名・氏名

○　ご連絡先

　　　TEL

　　　FAX

　　　メールアドレス

○　その他　該当箇所に○印を記入してください。

　（　　）システムのパスワード等がわからず、ログインできない

※パスワード等がわからない場合は、ご連絡します。

（　　）システムでの訓練対応が困難

　　　　困難な理由：