|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名  **※必須** | フリガナ**※必須** | | 性別 |  |
|  | |
| 住所  **※必須** | 〒　　　　　　－　　　　　　　　　　千葉市　　　　　　　　　　　　区 | | | |
| 電話番号  **※必須** | －　　　　　　　　　－ | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ  **※必須** |  | | | |
| 所属している場合 | 自主防災組織名称 | | | |
| 避難所運営委員会名称 | | | |
| 町内自治会名称 | | | |
| 受講を希望する回  **※必須** | （第１希望）第　　　　　回 | | | |
| （第２希望）第　　　　　回 | | | |
| 第１回を希望する場合 | 託児所の利用希望［　有　・　無　］→「有」の場合、下段をご記入ください | | | |
| 託児所を利用するお子様の  名前と年齢（年齢は申込時点）  対象：１歳６か月～就学前児 | （フリガナ）  名前：  年齢：　　　　　歳　　　　　か月 | | |

**【申込方法】**

(ライセンス講座　4/4)

郵便、FAX、Eﾒｰﾙにて、下記宛てお申し込みください。

（申込期間：令和７年9月1日(月)～９月30日(火)必着）

〒260-8722　千葉市中央区千葉港１番１号

千葉市役所総合政策局危機管理部防災対策課　地域防災力向上班

電話：043-245-5113　　　FAX：043-245-5597

Eﾒｰﾙ：[bosaitaisaku.POCR@city.chiba.lg.jp](mailto:bosaitaisaku.POCR@city.chiba.lg.jp)

※各回、定員を超過した場合は、初めての方を優先したうえで、抽選とします。

※ご記入いただいた個人情報については、当事業の目的においてのみ使用することとし、当目的以外において使用することはありません。