一般社団法人 山口県介護福祉士会行　FAX 083-987-0125

講師派遣申込書

標記事業の講師派遣を下記のとおり申し込みます。

団 体 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

団体の名称				
団体の所在地				
団体の種別	☐高齢者　☐障害者　☐その他（　　）			
担当者（申込者）	（氏名）　　（職名）			
連絡先	TEL		FAX	
	ﾒｰﾙ			
研修受講者数	人			
派遣希望日	第１希望：　月　日　　第２希望：　月　日			
研修希望時間	☐ 午前　時～　時、☐ 午後　時～　時			
研修会場	会場名： 住　所：			
研修内容 （具体的に）				
備　考				