　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 |  | | | |