高齢福祉分野事業所向け**「研修講師派遣」** 申込書

滋賀県社会福祉協議会

滋賀県社会福祉研修センターあて**（ＦＡＸ：０７７－５６７－３９１０）**　＊送付状不要

**（申込にあたってのお願い）**

**1. 研修講師派遣の申し込みは、原則研修希望日の２か月前までにお願いします。**

**2. 派遣日はご希望に沿えるとは限りませんので、ご了承ください。**

**3. 研修時間は原則90分となります。**

下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | |  | |
| 事業所名 | |  | |
| サービス種別 | |  | |
| 事業所住所 | | 〒 | |
| 研修担当者氏名 | |  | |
| 連絡先 | | TEL FAX | |
| E-mail | | ※決定通知等させていただきますので、ご担当者さまが受信できるアドレスを、必ず記入してください。 | |
| 希望テーマ・内容等 | | テーマ | |
| 参加予定数 | 参加対象者（職種等） |
| 内容　※研修目的や、希望する内容等を、具体的に記入してください。 | |
| 希望  日時 | 第1希望 | 令和　　　年　　月　　日( )　　　時　　分～　　時　　分 | |
| 第2希望 | 令和　　　年　　月　　日( )　　　時　　分～　　時　　分 | |
| 第3希望 | 令和　　　年　　月　　日( )　　　時　　分～　　時　　分 | |