福祉・介護従事者(事業所)のための「研修講師派遣」等 申込書

（FAX:077-567-3910）

滋賀の縁創造実践センター・滋賀県社会福祉協議会

人材部門　滋賀県社会福祉研修センターあて

下記のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込内容(いずれかに○) | 1.研修講師派遣　　　2.職場研修登録講師紹介 |
| 事業所(施設)名 |  |
| 事業所(施設)所在地 | 〒 |
| 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。 |
| 研修担当者氏名 |  |
| 希望テーマ・内容等 | テーマ |
| 参加予定対象者・人数 |
| 内容　※研修目的や、現在の事業所における課題、出前講座で希望する内容等を、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 |

お願い　1.研修講師派遣については、研修予定日の２か月前予約にご協力ください。

　　　　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.「出前講座」は原則90分間です。

　　　　4.「職場研修登録師紹介」については希望する研修時期、時間帯をお知らせください。(○月～○月ＡＭ、ＰＭくらい

の幅でお聞かせいただくと、調整がしやすくなります。)