キャリアアップ研修事業（講師派遣型）　講師派遣申込書

派遣を希望する養成校・職能団体にＦＡＸしてください。

ＦＡＸ番号は、県ＨＰの研修プログラム一覧をご覧ください。

　　　　　　　　　　　　　　様

標記事業の講師派遣を下記のとおり申し込みます。

法 人 名

代表者名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称 |  | | | |
| 事業所の所在地 |  | | | |
| 事業所のｻｰﾋﾞｽ(施設)種別 |  | | | |
| 担当者の所属・職氏名 |  | | | |
| 連絡先 | TEL |  | FAX |  |
| ﾒｰﾙ |  | | |
| 研修対象職員の職種・人数 |  | | | |
| 派遣希望日時 |  | | | |
| 研修希望内容 | 研修プログラムの該当番号（　　　　　　　　） | | | |
| 備考 |  | | | |