

キャリア形成訪問支援事業 講師派遣申込書兼研修計画書

公益社団法人新潟県介護福祉士会 行き

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				
事業所のサービス(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				
研修計画	<p>【目標】(可能な限り具体的に記載してください)</p> <p>【受講理由】</p> <p>【研修計画書】</p> <p>※研修計画書を作成している場合、添付に変えることでも可</p>			