

(別紙様式1)

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

様

(希望する研修プログラムの研修実施者名を記入)

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 _____

介護保険事業所番号			
施設・事業所の名称			
施設・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・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	第1希望		
	第2希望		
	第3希望		
希望研修名			
研修に関する要望			