（別紙様式１）

研修No.

※研修実施者記入欄

**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 |  |
| 事 業 所 名 |  |
| 介護保険事業所番号 |  | 事業所種別 |  |
| 事業所の所在地 | 〒 |
| 担当者の所属・氏名 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅメール |  |
| 希望名研修 |  |
| 派遣希望日時 | 第１希望 | 　　　月　　　日　　　　：　　　～　　　： |
| 第２希望 |  |
| 第３希望 |  |
| 受講者の職種・人数 |  |
| 研修に関する要望 |  |
| その他記載欄 |  |