

一般社団法人 滋賀県介護福祉士会 出前研修 申込用紙

申込先：滋賀県介護福祉士会 出前研修係 宛

FAX：077-569-5173

TEL：077-569-5133

事業所（施設）名			
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
Eメール（必須）			
研修ご担当者名 （フルネームで）			

下記のとおり、出前研修を申し込みます。

研修希望テーマ									
出前研修申込の目的や現在の課題、出前研修への要望等なるべく具体的に記入してください。 （欄が足りない場合は、別紙に記載可）									
第1希望日	令和	年	月	日（ ）	時	分	～	時	分
第2希望日	令和	年	月	日（ ）	時	分	～	時	分
第3希望日	令和	年	月	日（ ）	時	分	～	時	分
研修実施場所 （上記事業所以外の場合）									

※研修日2ヶ月前の予約にご協力ください。（講師選定の都合等にて）

※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。

※研修時間は原則90分間です。（変更がある場合はご相談ください）