

# 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

どちらかに○をお付ください。		一般（非会員）	法人賛助会員
※研修時間は原則90分です (変更がある場合はご相談ください。)	講義料金 追加30分ごとに	18,000円 +3,000円	15,000円 +2,000円
事業所（施設）名 (法人賛助会員の方は法人名)	フリガナ：		
住所	〒 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>		
電話番号	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	FAX番号	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Eメール（必須）	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
研修ご担当者名 (フルネームで)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
研修実施場所 (上記事業所以外の場合)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		

下記のとおり、出前研修を申し込みます。

研修希望テーマ  (弊会HP「出前研修」 テーマ表をご参照ください)	<input style="width: 100%; height: 100px;" type="text"/>									
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

※基本講義の設定時間は、平日の午前10時～午後8時の間です。  
 ※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)