

平成29年度 職場内研修サポート事業 利用申込書

法人名		記入者氏名		≪申込み及び問合せ先≫ 平日 8:30～17:15(土日祝：休) 佐賀県社会福祉協議会 福祉人材・研修センター 〒840-0021 佐賀市鬼丸町7番18号 電話 0952-28-3406 Fax:0952-28-3407 E-mail sagaken-jinzai@sagaken-shakyo.or.jp 必要事項をご記入の上、メール、FAX 又は郵送でお送りください。		
事業所名	(種別)					
施設住所	〒 — (担当者氏名：)					
電話番号						
FAX番号				※別紙メニュー例以外に希望の研修テーマがあれば、可能な限り派遣対応させていただきますので、下表の「その他希望研修テーマ」の欄にご記入ください。		
希望研修テーマ ※希望の番号に○印	・別紙メニュー例番号 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・その他希望研修テーマ ()					
希望日時 ※講師との調整が必要なため、可能であれば第3希望までご記入をお願いします。			開催する会場 (※事業所住所と同じであれば記入不要)			受講人数 (予定)
第1希望日時	平成	年	月	日 ()	時	分
第2希望日時	平成	年	月	日 ()	時	分
第3希望日時	平成	年	月	日 ()	時	分
機材貸出希望	研修テーマや講師に応じて、下記の機材が必要となる場合があります。事業所で準備が難しい機材等については、センターから無料で貸出いたしますので、 <u>準備が難しい機材に○印</u> をご記入ください。(※下記以外の物品が必要な場合はその都度相談させていただきます) 【 ノートパソコン ・ プロジェクター ・ スクリーン ・ 延長コード 】					

※申込用紙が不足する場合は、お手数ですがコピーしてご利用をお願いします。

■留意事項■

- ①派遣希望日の1ヵ月前には、お申込みをお願いします。なお、講師との日程調整において、ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。
- ②事業所へ、開催日一週間前に「開催決定通知書」を送付いたします。届かない場合はご連絡ください。
- ③申込後のキャンセルは、必ず1週間前までにお知らせください。