（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 |  | | | |
| 事業所のｻｰﾋﾞｽ(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 |  | | | |