**ＦＡＸ送信宛先：086-201-5340　または**

**e-mail送信宛先：office@csw-okayama.org**

研修実施主体（養成校・職能団体等）名：　公益社団法人 岡山県社会福祉士会

キャリア形成訪問指導事業　講師派遣申込書

下記のとおり講師派遣を依頼します。

**※講師派遣を希望する研修１つにつき、申込書１枚を作成してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | | | |
| 事業所名及びｻｰﾋﾞｽ種別 |  | | | | | |
| 所在地 | **〒** | | | | | |
| 担当者所属  及び職氏名 |  | | | | | |
| 連絡先 | TEL |  | | | FAX |  |
| E-mail |  | | | | |
| 研修参加者の職種・人数・経験年数 | （より的確な研修内容とするため、出来るだけ詳しく記入のこと） | | | | | |
| 派遣希望日時 |  | | | | | |
| 希望する研修 | 研修プログラム  番号及び研修名 | | 番 | 研修名 | | |
| （研修内容について、特に希望があれば、可能な限り調整しますので、ご記入ください） | | | | | |
| その他 | （講師への連絡事項、特記事項等） | | | | | |