

徳島市介護職員等研修支援事業講師派遣依頼書

(訪問型、通所型サービス事業所)

徳島市長 殿

申請者	団体（事業所）名	
	代表者氏名	印
	住所	〒 ー
	電話番号・FAX	
	担当者氏名 (職種/役職)	職種： 役職：

次のとおり講師の派遣について申請します。

派遣希望日時	第1希望	年 月 日 (曜日)	時 分 ~	時 分
	第2希望	年 月 日 (曜日)	時 分 ~	時 分
	第3希望	年 月 日 (曜日)	時 分 ~	時 分
	※あげていただいた複数の日時で、日程を調整しますので、「第1希望」とならないこともあります			
会場 (実施場所)	会場名			
	住所			
参加予定人数	参加予定人数	人	参加者の主な職種	
希望される研修テーマ				
希望される講師の職種 ※いずれかを○で囲んでください	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">・理学療法士 <li style="width: 33%;">・歯科医師 <li style="width: 33%;">・医療ソーシャルワーカー <li style="width: 33%;">・看護師、保健師 <li style="width: 33%;">・言語聴覚士 <li style="width: 33%;">・管理栄養士、栄養士 			
研修の具体的なお要望があれば、ご記入ください。				