研修等申込書

**＊まずはお電話、メールでお申し込みください。日程調整をさせていただきます。**

　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 希望テーマ |  |
| 申込者申し込み団体名 |  |
| 担当課・担当者名 |  |
| 連絡先 | TEL |  |
| e-mail |  |
| 日時 | 第１希望 | 　　　　　年　　　月　 　日（　　）　　：　　～　　：　　　 |
| 第２希望 | 　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　：　　～　　：　　 |
| 実施会場 | 会場名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 受講対象者 |  |
| 受講予定人数 |  | 　　　　　　　円 |
| 謝礼等 | 謝礼 | 　　　　　　　円 | 旅費 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| その他・希望事項 |  |

＊実施日１週間前に確認のメールまたはお電話等をいただけると助かります。

|  |
| --- |
| **申し込み・連絡先：湘南福祉臨床研究所 市川　和彦**　　TEL : 090-2725-1210  e-mail : fwit7630@nifty.com　　または　chigasakinobobichi@gmail.com＊福島県内の事業所様の場合は会津大学短期大学部　地域活性化センターに申し込んでください。**会津大学短期大学部　地域活性化センター**　　　TEL:0242-23-7034　　FAX:0242-37-2412　　　e-mail:chiiki@jc.u-aizu.ac.jp　　 |