

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、居宅介護支援事業所)

徳島市長 殿

申請者	団体(事業所)名	
	代表者氏名	印
	住所	〒 -
	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	・歯科医師 ・看護師、保健師 ・医療ソーシャルワーカー ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士 ・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。			