串間市医療介護課介護保険係　行　　　FAX：０９８７－７２－０３１０

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール：kaigo@city.kushima.lg.jp

**串間市介護保険事業者向け**

**研修会開催依頼申込書**

**職能団体向け**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  |
| 担当者 | |  |
| 電話番号 | |  |
| メールアドレス | |  |
| 希望開催場所 | |  |
| 受講者数（予定） | | 名 |
| 希望内容 （希望する内容を記載してください） | |  |
| 希望日時 | 第１希望日 | 月　　　　日　（　　　　）　　　時　　　　分～　　　　時　　　分 |
| 第２希望日 | 月　　　　日　（　　　　）　　　時　　　　分～　　　　時　　　分 |
| 第３希望日 | 月　　　　日　（　　　　）　　　時　　　　分～　　　　時　　　分 |

**※研修依頼〆切については、実施日２週間前までにお願いします。**