

千葉県福祉ふれあいプラザ一般県民出張研修申込書

・希望日 年 月 日 () 時間 時 分～ 時 分

(あくまでも希望日なのでお受けできない場合があります)

・申込み団体名 担当者

・連絡先 TEL FAX

E-mail

・研修内容

・対象の方

・受講者見込み数 人 (最低施行人数は 50 人から)

・会場

住所：

*****申し込み前にご確認ください*****

・千葉県福祉ふれあいプラザ出張研修アンケートにご協力いただきます。

・チラシ等を作成時は必ず千葉県福祉ふれあいプラザ出張研修と明記してください。事前に内容を確認させていただきます。

・当センターよりスタッフが同行いたします。

・研修時間は 1 時間半から 2 時間になります。講師謝金は当センターで負担いたします。

会場・資料等のご準備をお願いいたします。



千葉県福祉ふれあいプラザ 介護実習センター

TEL : 04-7165-2886 FAX : 04-7165-2882