

健康づくり人材バンク紹介申請書

申請日 年 月 日

受付番号

*太枠内をご記入ください。記載内容が変更になる場合は至急ご連絡ください。

| | |
|------------------------------|--|
| 申請者氏名 <small>ふりがな</small> | |
| 団体名 | |
| 住所 | |
| TEL(連絡先) | |
| FAX 番号 | |
| メールアドレス | |

| | |
|--------------------|--|
| 希望日時 | 第1希望日 月 日 () : ~ : 第2希望日 月 日 () : ~ : |
| 場 所 | 施設名 / 部屋名 |
| 人 数 | 人 (男女比 :) |
| 年齢構成 (対象者の職種等) | 20代 30代 40代 50代 60代 70代 80代以上 () |
| 目 的 | 例) 労働安全衛生研修、職員研修 |
| 希望内容 | |
| 講師謝礼予定額 | 円 (障害者グループの場合は記載不要) |
| 特記事項 (準備可能な備品等) | |

(*ここから下は記入しないでください。)

| | | |
|---|-----------|---|
| 備 考 実施内容・・・(運・栄・保・歯) / 障※ ※講師謝礼額は事業団負担。 | 人材バンク希望内容 | |
| | 会場 | 和室 講座室 その他() |
| | 設備 | スクリーン プロジェクター パソコン ホワイトボード CDデッキ 延長コード アンプ マイク イス 室内用靴 タオル バスタオル |
| | 配布資料 | あり ・ なし |
| | その他 | |

受付者 :

<R2.9 作成版>