様式第1号

年 月 日

栃木県社会福祉士会
会長 松永千恵子 様

研修講師 派遣申込書

以下の通り研修会を実施したいので、講師の派遣をお願いします。

申込者	団体名				
	代表者名				
	所在地	〒			
	連絡責任者	氏名			
住所		〒			
電話			FAX		
実施希望日	第1希望	年	月	日	午前・午後
	第2希望	年	月	日	午前・午後
	第3希望	年	月	日	午前・午後
研修テーマ					
参加予定人数	人				

栃木県社会福祉士会
TEL : 028-600-1725
FAX : 028-600-1730