講師依頼内容概要書

|  |  |
| --- | --- |
| 講師名 |  |
| 依頼内容・概要 |  |
| 依頼事業所 | 法人名　〔　　　　　　　　　　　　　　　　〕事業所名〔　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 希望時期・時間 | 第 １希望　　　20　　年　　　月　　　　日　（　　　）PM　（　　：　　～　　：　　　） |
| 第 ２希望　　　20　　年　　　月　　　 　日　（　　　）PM　（　　：　　～　　：　　　） |
| 事業所住所 | 〒　　　　　　　東京都町田市 |
| 最寄り駅及び駅から事業所までの所要時間 | 最寄り駅　　　　駅（　　　　　線）会場まで　　徒歩　　　分 |
| 参加予定人数及び対象者 | 名　（対象者を詳しく：看護師、介護士、事務員、支援相談員、理学療法士） |
| 講座費用 | （　　　　　　　円）　＊法人口座振込　　可 |
| 内容に対する希望など |  |
| 連絡ご担当者様ご連絡先 | 担当者名（役職）〔　　　　　　　　　（　　　　　　）〕電話番号　　　　　　　　　　FAX番号　　　　メール　〔　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　〕 |

ご不明の点につきましては、一般社団法人町田市介護サービスネットワーク事務局まで

ご連絡ください。

メール：info@machida-kjkc.jp

TEL：042-860-6071（９：00 ～ 17：00）　FAX：042-860-6073

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 　　　　　　事務局使用欄 | 確認 | 　　請求 | 　　受領 |
|  |  |  | 　 |  |

研修実施報告書

提出日　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 研修名 |  |
| 講師名 |  |
| 開催日時 |  |
| 開催場所 |  |

参加者名簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所名 | 職種 | 名前 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| **-担当者コメント(研修全体の感想など)-** |

**○✕研修会　アンケート**

**△月□日開催**

今後の参考とさせていただきますので、以下のアンケートにご協力をお願い致します。

**●研修の内容はいかがでしたか。**

**●この研修で学べたことはありますか。**

**●今後、受講したい研修はありますか。**

ご協力ありがとうございました。