

「フレンテみえ」講師派遣 申込書

お申込日	平成 年 月 日			
企業様名 事業所様名				
ご担当者様(ご連絡先)	ご所属			
	お名前			
	ご住所	〒		
	TEL	企業・事業所・・・ ()	-	
		携帯電話(※任意)・・・()	-	
	FAX	()	-	
E-mail				
研修実施 ご希望日時	第1希望	月 日 ()	: ~ :	※第1～3希望までのすべてにご記入ください。ご希望に添って調整をさせていただきます ※研修時間は90分間です
	第2希望	月 日 ()	: ~ :	
	第3希望	月 日 ()	: ~ :	
	※研修実施期間は平成29年3月31日まで。ご希望時間は「午前・午後・夜間」などのご記入でも結構です			
研修対象者 (参加予定人数)	例: 人事担当者、管理職、新入社員 など			
これまでの 研修実績				
その他	※追加したい内容等、ご希望がございましたらご記入ください			

●ご不明な点がございましたら「フレンテみえ(059-233-1130)」までお問い合わせください

センター 使用欄	所長	課長	係長	担当	副担当	副担当	受付	調整結果	開催決定・見送り	
									日時	月 日 () : ~ :
(日付)	/	/	/	/	/	/	/		講師	
備考										