|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 「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 | |  | | | | | | | | | | | | | |