

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

* 枠内をご記入ください。記載内容が変更になる場合はご連絡ください。

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
予定人数	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・開催名称	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 :