

研修講師派遣要望書

企業名・団体名	
住 所	〒
所 属	
担 当 者 氏 名	
(TEL : FAX)	
メールアドレス	
研 修 目 的	
テーマ (内容等) ※○をお付け下さい	<input type="checkbox"/> メンタルヘルス <input type="checkbox"/> セルフケア <input type="checkbox"/> セクシュアル・ハラスメント <input type="checkbox"/> コミュニケーションスキル <input type="checkbox"/> 積極的傾聴 <input type="checkbox"/> キャリアコンサルタント <input type="checkbox"/> その他 ()
講演・研修等実施日	平成 年 月 日 () 平成 年 月 日 ()
開始・終了時間	[開始] : ~ [終了] :
実 施 時 間 ※○をお付け下さい	<input type="checkbox"/> 1時間コース <input type="checkbox"/> 2時間コース <input type="checkbox"/> 3時間コース <input type="checkbox"/> () 時間コース <input type="checkbox"/> 2時間コース× () <input type="checkbox"/> 3時間コース× () <input type="checkbox"/> () 時間コース× ()
講演・研修・対象者	<input type="checkbox"/> 一般職 <input type="checkbox"/> 監督管理職 <input type="checkbox"/> その他人数 () 名
研修アンケート	<input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 実施する予定なし
講演・研修会場名	
事業案内送付	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
備 考	