申込日　　　　　年　　　月　　　日

**申込方法**　下記の欄に必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送にてお申込ください。受付次第、当院担当者よりご連絡を差し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| **● 団体名（必須）** |  |
| * **担当者氏名（必須）** |  |
| * **メールアドレス（必須）** |  |
| * **電話番号（必須）** |  |
| * **派遣内容（必須）** | |
| □ 講演会　　　　□ 職員研修講義　　□ 事例検討会 | |
| * **対象者（必須）** | |
| □ 幼稚園教諭　　□ 小学校教諭　　　□ 中学校教諭　　□保護者　　□その他 | |
| * **派遣場所（最寄駅または市町村名）（必須）** | |
|  | |
| * **具体的な派遣希望日（任意）原則として申込みから3ヶ月後以降の日程での設定をお願いします。** | |
| 第1希望：  第2希望：  第3希望： | |
| * **その他ご希望・ご連絡事項** | |
|  | |