

FAX 番号:0855-28-0217 ※送付書不要

センタースタッフ派遣依頼書(提出用)

令和 年 月 日

島根県西部発達障害者支援センターウインド
センター長 石田 英巳 様

主催者 代表者名



職員研修の開催に伴う講師派遣依頼について

下記のとおり講習会を計画しましたので、貴職員 _____ を派遣していただきたく、
よろしくお願いいたします。

記

1. 研修内容

2. 日 時 令和 年 月 日 ()
午前 / 午後 時 分 ~ 時 分

3. 会 場 _____

4. 対 象 者 _____

5. 参加人数 _____ 名 (予定人数)

6. 連絡先等

担当者名 _____

連絡先住所 〒 _____

連絡先 Tel () - _____

メールアドレス: _____