

様式第1号

「二一ズ研修」実施依頼書

(公財)長崎県市町村振興協会
長崎県市町職員研修センター長 様

団体長名 _____ 印
(担当者氏名: _____)

下記研修の実施を希望します。

記

- 1 研 修 名 _____
- 2 内 容 _____
- 3 目 的 _____
- 4 希 望 時 期 平成 年 月 日 時 ~ 月 日 時開催
- 5 会 場 _____
住 所: _____
電話番号: _____
- 6 研 修 対 象 者 _____
- 7 参 加 予 定 人 数 _____ 人程度
- 8 希 望 する 講 師
・ 特になし
・ _____
- 9 そ の 他 上記日程で講師の都合が合わなかった場合(優先順位)
いずれかに○
日程を変更する 講師を変更する