平成　　年　　月　　日

宗像市社会福祉協議会　様

研修依頼書

下記のとおり研修の受け入れをお願いいたします。なお、後日研修依頼文書を送付いたします。

社協名	
代表者名	
所在地	
電話・Fax 等	電話 Fax メールアドレス
担当者名	
研修希望日時	第一希望
	第二希望
	第三希望
参加者の役職名等と人数	例）社協理事、自治会長 計　　人
交通手段	例）大型バス（40 人乗り）
研修内容	１． ２． ３． ４． ５．

◎その他

研修を依頼する貴団体の概要や活動内容のわかる資料を添付してください。

宗像市社会福祉協議会　電話 0940－37－1300　Fax0940－37－1393