（様式1-2）

**ＯＮＥアクション研修　実施計画受領書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  | 御中 |  |
|  | 様 |  |

愛知県福祉局高齢福祉課地域包括ケア・認知症施策推進室

ＯＮＥアクション研修担当

ＯＮＥアクション研修実施計画書について受領しました。つきましては実施後に受講者アンケート

（様式２）および実施報告書（様式3-1）の提出をお願いします。

なお、講師派遣を希望する場合は、下記の講師担当者にご連絡いただき、日程や当日までの準備等について具体的な調整を進めてください。

# １．研修対象となる職場について

|  |  |
| --- | --- |
| 名称・屋号 |  |
| 支店名・店舗名 |  |
| ステッカー番号 |  |

# ２．講師について

[ ] 　貴社が確保した講師と調整のうえ実施してください。

[ ] 　以下の講師担当者に連絡して調整のうえ実施してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・役職 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
|  | FAX番号 |  |
|  | e-mail |  |