

年 月 日

公益財団法人人権教育啓発推進センター

研修担当 行

人権研修会に関する問合せ

研修会名称 講演内容	
実施日 時 間	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
希望の研修形式	<input type="checkbox"/> 会場参加型研修 会場 () <input type="checkbox"/> オンライン研修 (<input type="checkbox"/> リアルタイム配信 <input type="checkbox"/> オンデマンド配信) ※会場参加型とオンライン型併用を希望の場合は、両方に✓を入れてください。
対象者と人数	対象者 () 人数 (名)
担当者	住 所 〒 _____ 団体名及び部署名 _____ フリガナ 氏 名 _____ TEL () FAX () E-mail @
備 考	