



(同)ABC研究所 コンサルテーションサービス申込用紙

お申込日: 令和 年 月 日	申込者氏名:
----------------	--------

ふりがな	所在地 〒	
事業所名:		
ふりがな	ふりがな	
代表者:	担当者:	
所属する事業所のサービス形態など	連絡用の電話、FAX、Eメールなど	
コンサルテーションの対象範囲		
<input type="checkbox"/> 職員個人	事業所内でのお立場:	
<input type="checkbox"/> 事業所全体	コーディネーター:	
<input type="checkbox"/> 法人全体	コーディネーター:	
<input type="checkbox"/> その他の関連施設や事業所	施設名や事業所名:	
主な依頼内容・相談内容		
事業所の特徴や独自性、これまで受けてきた研修や支援アプローチなど		
コンサルテーションの方法		
<input type="checkbox"/> オンライン	<input type="checkbox"/> Eメール	<input type="checkbox"/> 訪問
<input type="checkbox"/> 研修や勉強会	<input type="checkbox"/> 事例検討	
コンサルテーションの頻度(単数回、定期的に月に1回、年に数回など)		

※本用紙を E メール添付にて
お送りください

<お申込み・お問い合わせ先>
合同会社 ABC 研究所 代表: 今本繁
E-mail: simamoto66@gmail.com
FAX: 093-330-4239