

要領様式第1号

研修プログラム一覧表

NO	研修名	研修内容	受付担当者名	連絡先Tel	連絡先Fax	対象者	時間数	研修可能時期 (曜日、時間)	備考
1	スーパービジョン	スーパービジョンに関わる講義及び演習	西澤範昭	080-3011-6747		福祉・医療従事者	1回2時間	平日 要相談	
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

* 研修プログラム一覧は、各福祉施設・事業所への周知用としても使用します。