

## セクハラ・パワハラ防止研修申込書

受付日 令和 年 月 日  
 受付者 ( )

団 体 名 等	団体名			
	住 所	〒		
	連絡先	TEL ( )	—	FAX ( ) —
	e-mail			
	担当者名			
開 催 場 所	(施設名)			
	(住 所)			
希 望 日 時	第1希望 令和 年 月 日 ( ) 第2希望 令和 年 月 日 ( ) 第3希望 令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分まで ※ 他団体等の研修申込状況等によっては、御希望の日時に研修をお受けできない場合もございますので、御了承ください。			
研 修 内 容	1 セクハラのみ    2 パワハラのみ    3 セクハラとパワハラ 4 その他 ( ) ※ 上記の番号に○を付けてください。			
(希 望 事 項 )	・ ・ ・ ※ 内容によっては、御希望に沿えない場合もありますので、御了承ください。			
参加予定人数	人 (未定の場合は、確定後直ちに連絡をお願いします。)			
研 修 環 境	1 PC ( 有 ・ 無 )    2 DVD ( 可 ・ 不可 ) ※ PCの使用及びDVDの放映について、○を付けてください。			
備 考				

連絡先・申込先
〒 231-8411 横浜地方法務局人権擁護課 横浜市中区北仲通5-57 横浜第2合同庁舎 TEL 045-641-7926 FAX 045-641-7482