【送付票不要】　ＦＡＸ：０５９－２２２－０１７０

三重県社会福祉協議会　三重県福祉人材センター

｢みえ働きやすい介護職場取組宣言」　担当宛

**令和6年度　「みえ働きやすい介護職場取組宣言」　事業所支援　　利用申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | |
| 事業所の所在地 | 〒 | | | | | |
| 連絡先  　 ※ オンライン希望の場合  　　　　アドレス必須 | TEL |  | | FAX | |  |
| E-mail |  | | | | |
| 担当者の職・氏名 | 職名 |  | | 氏名 | |  |
| 職員数 |  | | | | | |
| １.アドバイザー派遣希望  　　　　（いずれかに○） | 派遣を希望する　　　／　　　希望しない | | | | | |
| 相談希望内容  （具体的に記載） | 番号： | | 内容： | | | |
|  | | | | | |
| 派遣希望日時  　※ 平日のみ  　 17時までの時間帯に  　 限ります。 | 第１希望 | | | | 第２希望 | |
| 希望月・時間（いずれかに○）  7月～10月／11月～1月／いつでも可  午前　　／　　午後　　／　　いつでも可 | | | | 希望月・時間（いずれかに○）  7月～10月／11月～1月／いつでも可  午前　　／　　午後　　／　　いつでも可 | |
| ２.研修講師派遣希望  　もしくはオンライン研修希望  　　　　（いずれかに○） | ・講師派遣を希望する　　　・オンライン研修を希望する　　　　／　　　　希望しない | | | | | |
| 研修希望内容  （具体的に記載） | 番号： | | テーマ： | | | |
|  | | | | | |
| 研修希望日時  　※ 夕方・夜間・休日等の  　 ご希望に応じます。  　 但し、20時までの  　 時間帯に限ります。 | 第１希望 | | | | 第２希望 | |
| 希望月・時間・曜日（いずれかに○）  7月～10月／11月～1月／いつでも可  午前　　／　　午後　　／　　いつでも可  ※曜日の希望（希望があれば○をしてください）  平日（月・火・水・木・金）・土・日・祝日 | | | | 希望月・時間・曜日（いずれかに○）  7月～10月／11月～1月／いつでも可  午前　　／　　午後　　／　　いつでも可  ※曜日の希望（希望があれば○をしてください）  平日（月・火・水・木・金）・土・日・祝日 | |
| 当日参加予定人数 | 名 | | | | | |
| 上記、事業所以外に  　研修会場を希望の場合 | 事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所： | | | | | |
| 合同研修希望の場合 | 事業所名： | | | | | |

※希望相談内容をもとに、アドバイザー・講師を派遣しますので具体的にご記入ください。