【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。