

FAX:023-634-9300

(公財)介護労働安定センター山形支所

令和4年度 雇用管理改善・人材育成 集団型相談申込(受付)票

必要事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。

申込日:令和 年 月 日

事業所名	ふりがな		
所在地	〒		
電話/FAX	電話番号 FAX番号	メールアドレス	
担当者氏名	ふりがな	役職等	

【希望する内容】 ※ご希望の内容に☑を記入ください。1相談につき、1枚の申込票を使用。

- コンプライアンスについて 介護現場の安全衛生対策 ハラスメントについて  
数字を意識する経営 BCPIについて ストレスチェック制度とケアの重要性  
腰痛予防と改善 感染症予防 介護のプロ意識とモチベーションアップ  
職員間ストレスと関係改善 その他( )

※上記は一例です。他、テーマにつきましてもご相談ください。

【希望した経緯、理由等】

実施希望日時 (時間は1回あたり、1~1.5時間程度)

希望時期 令和 年 月 上・中・下旬 (○を付けてください)

対象者 人数 名

相談実施希望場所 (ご希望の番号に○)

1. 貴事業所・施設 2. リモート 3. その他( )

実施前  
個別相談

(第1希望) 令和 年 月 第 週 (第2希望) 令和 年 月 第 週

1. 貴事業所・施設 2. 介護労働安定センター山形支所内(緑町会館1階) 3. リモート 4. その他( )

※実施後の個別相談等、継続的な支援も可能ですので、ご相談ください。

(様式第1号・第6号)

相談確認依頼者確認欄

※相談実施後に確認の為、ご署名・捺印いただきますので、空欄のまま、お申込みください。

以下の通り相談を受けたことを確認します。

実施日時/時間	実施場所	担当専門家
令和 年 月 日 ( ) : ~ : ( 時間 )		

相談者署名

印