



FAX 026-232-0906

(公財)介護労働安定センター 長野支部 宛

申込日：令和 年 月 日

相談事項 相談事項に○印をしてください。	1.雇用管理等に関する相談 2.健康管理やメンタルヘルス等の相談 3.研修にかかるご相談（研修コーディネイト事業）
相談内容 相談内容を簡単に記入してください。	

法人名			
事業所名			
所在地	〒		
連絡先	電話番号 - -	FAX番号 - -	
	メールアドレス @		
申込者氏名	フリガナ	相談希望場所	
		所在地 センター事務所 その他	
【特定商取引法改正に伴う有料講習広告送信の承諾について】 今後開催予定の有料講習・セミナー等募集チラシ送信の承諾に関して、チェックをお願いします。 ☐ メール送信 ☐ 郵送 ☐ FAX送信 ☐ 承諾しない			

相談実施希望日時

第一希望	年 月 日 () 午前 ・ 午後 ~
第二希望	年 月 日 () 午前 ・ 午後 ~
第三希望	年 月 日 () 午前 ・ 午後 ~

※申込書に記載された内容については、当センターの個人情報管理規定に従い厳重に管理し、相談支援に必要な範囲で使用するほか、当センターの事業ご案内に使用させていただきます。それ以外の目的には使用いたしません。

〈センター記入欄〉