

FAX 089-921-1477

(公財)介護労働安定センター 愛媛支部 宛て

介護テクノロジー導入 無料個別相談支援 申込書

FAX、または郵送にてお送りください。

申込日： 年 月 日

相 談 内 容	該当に○をつけて下さい (複数可)。	①補助金・助成金情報 ②既に導入済みの介護ソフト・機器の利活用について ③導入事例・効果についての情報 ④現状の課題把握、業務時間測定方法 ⑤介護ソフト・機器の導入方法 ⑥介護ソフト・機器の情報 ⑦その他	
	(相談内容を簡潔に記載してください)		
オンライン対応希望の有無		希望する ・ 希望しない ※後日、ビデオ会議ソフトの設定方法についてご連絡いたします。	
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	役職	
希望の連絡方法	①電話 ②メール ③FAX		

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。
※相談内容は秘密厳守いたします。

<センター記入欄>