

石川支部FAX：076-260-1562

介護ウインド相談申込書

法人名		
事業所名		
所在地	〒	
担当者職：氏名		
電話番号		
E-mail		
第1希望相談日時		
第2希望相談日時		
実施日時 決定後に記入		
相談内容 内容に合うもの があれば、○を つけて下さい。 なければ、 下段に記入して 下さい。 ・ 対面希望 ・ オンライン希望 いずれかに○をつ けてください。 オンライン希望の 場合は、E-mail アドレスを記入し て下さい。		処遇改善加算
		就業規則
		ストレス対策
		感染症
		腰痛対策
		研修計画
		キャリアパス
		リーダーの役割
		その他（ ）

※相談日時は、日程調整のうえご連絡いたします。

公益財団法人介護労働安定センター石川支部
金沢市青草町88番地 近江町いちば館5階
TEL076-260-1561 FAX076-260-1562