

FAX:095−828−6589

申　込　書

令和　　年　　月　　日

相談者名	
法人名	
事業所名	
住所	
TEL／FAX	TEL：　　FAX：

◎ 相談内容をご記入ください

希望する 日・時間	第1希望　　月　　日（　　：　　～　　：　　） 第2希望　　月　　日（　　：　　～　　：　　） 第3希望　　月　　日（　　：　　～　　：　　）

◆お申し込み・お問い合わせは

（公財）介護労働安定センター　長崎支部

〒850-0057　長崎市大黒町9−22 大久保大黒町ビル新館6階

TEL 095−828−6549／FAX 095−828−6589