

(様式1号)

介護人材育成コンサルタント相談申込書

【申込日】令和 年 月 日

法人名			
事業所名			
所在地	〒 -		
電話番号		FAX 番号	
メールアドレス			
ご担当者名(役職)			
相談内容			
相談実施 希望日時	第1希望	令和 年 月 日()(: ~ :)	
	第2希望	令和 年 月 日()(: ~ :)	
	第3希望	令和 年 月 日()(: ~ :)	

※「介護人材コンサルタント相談申込(受付)票」に記載された内容につきましては、当センターの個人情報管理規定に従い厳重に管理し、当該コンサルタントによる相談、支部職員による日程調整、内部調整、各種講習会のご案内及び事業活動に関する情報提供のみに使用し、上記以外の目的で使用いたしません。

※相談実施日に当センター職員が同行しなかった場合につきましては、「相談依頼者確認欄」に記載のうえ、お手数でも当センターにご提出をお願いいたします。

相談依頼者確認欄

以下の通り相談を受けたことを確認します。

実施日/時間	実施場所	担当コンサルタント

相談者署名 _____