



新潟県介護職場DX・業務改善サポートセンター無料相談

お電話、FAX、メールまたは郵送にてご相談ください。

記入日： 年 月 日

相談内容について

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（専門家等による後日の無料個別相談支援を希望の場合）

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 ~
個別相談の方法 (希望に○)	1. 事業所（またはご自宅）に来てほしい 2. オンラインで相談したい 3. 指定する場所で相談したい（場所： ） 4. 介護労働安定センター新潟支部にて相談したい

注) 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。

注) 相談内容は秘密厳守いたします。