

## 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			FAX		
第1希望相談日		月		時	(予定)
第2希望相談日		月	В	時	(予定)
相談内容					

※相談日時は日程調整のうえご連絡いたします。

(公財)介護労働安定センター新潟支部 介護ウインド受付用TEL:025-247-1963 FAX;025-247-1964