

(FAX 申込先 025-247-1964)

新潟県受託事業
介護職員等処遇改善加算取得推進事業 個別相談申込書

【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)	氏名	役職	
相談内容	(具体的にご記入ください)		
※ 対面相談希望・オンライン相談希望 (どちらかを○で囲んでください)			
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() (: ~ :)	

※「相談申込票」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。

オンラインによる申込

公益財団法人介護労働安定センター新潟支部のホームページ
<<https://www.kaigo-center.or.jp/shibu/niigata/>>
⇒「セミナー・講習会等を探す」からお申込み下さい
または右記QRコードよりお申し込みください

