

【センター】
(様式第6号)

介護労働安定センター大阪支部行き
FAX番号
06-4791-4166

雇用管理コンサルタント等／介護人材育成コンサルタント
個別相談申込(受付)票

申込日: 年 月 日

事業所名	(事業所番号:)	担当者	役職:
所在地	〒		
電話番号	— —	FAX番号	— —
事業所開設日	昭和/平成/令和 年 月 日	メールアドレス	
ご相談内容	ご相談内容 [雇用管理関係 ・ メンタルヘルス関係 ・ 教育研修関係] ←当てはまるものに○		
ご相談希望場所	☐ オンライン相談 (CiscoWebex もしくは ZOOM) ☐ 貴施設・事業所※ ☐ 介護労働安定センター大阪支部相談室 ☐ その他※ () ※【注】感染症対策を講じた環境が必要になります。 最寄り駅まで徒歩10分以上の場合は、送迎をお願いします。		
ご相談希望日時	【留意事項】 ①希望時期は、お申込み日から約1か月以降の日程を目安としてください。 ②個別相談は1～2時間程度が目安となります(詳しくはお問合せください)。 ③ご希望は考慮しますが、日時等のご相談の上、調整させていただきます。 ◎ 年 月 日頃 (時 ～ 時頃) 希望		
ご質問	現在、施設・事業所で「Zoom」等のweb会議ツールを活用していますか。 ☐ はい (使用ツール:) ☐ いいえ ☐ 今後活用予定		

本相談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程に従い厳重に管理し、介護人材育成コンサルタント・雇用管理コンサルタント等による相談、支部職員による日程調整、内容確認、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。

<<< 介護センター記入欄 >>>

個別相談日時 [決定]	担当専門家	備考
月 日 () : ~ : [場所]		

支部受付印

以下のとおり相談を受けたことを確認しました。

2503DM

個別相談日時 [実施]	担当専門家	相談者署名
年 月 日 () : ~ :		

【ご案内令和7年度】

公益財団法人 介護労働安定センター大阪支部