FAX:023-634-9300

(公財)介護労働安定センター山形支部

令和7年度 雇用管理改善・人材育成 相談申込 (受付) 票

▼ 必要事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。

申込日: 令和 年 月 日

事業所名	ふりがな		
所在地	〒		
電話番号		メールアドレス	
担当者氏名	ふりがな	役職等	

▼ 具体的な相談内容についてご記入ください。

相談実施希望日時 (時間は1回あたり1~2時間程度)			
第1希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~	時 分
第2希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~	時 分
第3希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~	時 分
他 希望	例: 4月の水曜午後等		
相談実施希望場所 (ご希望の番号に○)			
1. 貴事業所・施設 2. 介護労働安定センター山形支部内 3. リモート 4. その他()			

※「専門家相談申込書」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、専門家相談、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。

(様式第1号・第6号)

相談確認依頼者確認欄

※相談実施後に確認の為、ご署名・捺印いただきますので、空欄のまま、お申込みください。

以下の通り相談を受けたことを確認します。

実施日時/時間	実施場所	担当専門家
令和 年 月 日 () : ~ : (時間)		

相談者署名