

F A X

公益財団法人介護労働安定センター山口支部

083-920-0930

令和7年度 山口県委託事業

～介護職員エルダー・メンター制度導入支援事業～

申し込み票

申込日：令和 7年 月 日

事業所名	〒			役職
				氏名
所在地	〒			
電話番号 FAX 番号	() ()	メールアドレス		
申し込み	<input type="checkbox"/> 申し込む <input type="checkbox"/> 検討する <input type="checkbox"/> 事前相談を申し込む			
申し込みをされる場合、 現時点でメンティの対象となるスタッフについて下記の内容にご記入ください。				
メンティ対象者	① (歳)	勤続年数 (年)	(☆新卒者 ☆中途採用者 ⇒ 介護経験あり・無し)	
	② (歳)	勤続年数 (年)	(☆新卒者 ☆中途採用者 ⇒ 介護経験あり・無し)	
対象者のキャリアについて、○をつけてください。	③ (歳)	勤続年数 (年)	(☆新卒者 ☆中途採用者 ⇒ 介護経験あり・無し)	
	④ (歳)	勤続年数 (年)	(☆新卒者 ☆中途採用者 ⇒ 介護経験あり・無し)	
	⑤ (歳)	勤続年数 (年)	(☆新卒者 ☆中途採用者 ⇒ 介護経験あり・無し)	

※「申し込み票」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、人材育成コンサルタントによる相談、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。