

令和3年 月 日

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会
会長 加藤馨様

住所 _____

施設名 _____

施設長 _____

※併設デイも申し込む場合は、特養の施設長で記載

介護助手導入促進事業 (県域) 申込書

令和3年度介護助手導入促進事業に申し込みます。

○ 実施施設1

施設種類	名称	定員
		名

・業務実施予定 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

○ 実施施設2 (併設デイ)

施設種類	名称	定員
		名

・業務実施予定 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

○ 職員共同募集広告 (タウンニュースによる募集広告)

希望する。

実施施設	介護助手の業務	採用数	摘要
実施施設1		名	
実施施設2 (併設デイ)		名	

※摘要には、介護職、看護職などの募集があれば記載してください。

希望しない。

注)1 住所が異なる場合は、別葉で申し込んでください。

注)2 申し込める施設は、特養、デイ(併設含む。)、有料老人ホームなどの介護サービス事業所です。

事務担当者 _____

電話 _____

FAX _____

mail: _____

送付先 (郵送、FAX又はメールで申し込みください。)

〒221-0844 横浜市神奈川区沢渡4-2

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会

電話 045-311-8745 FAX 045-311-8512

e-mail : koureikyo2@kanagawa-roushikyo.org