令和4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4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

　　□ 希望する。　( タウンニュースの発行日は施設と調整します。 )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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(併設も含む。)、有料などの介護サービス事業所です。

 　　　　　　　 事務担当者

 　　　　　　　 　電話

 　　　　　 　　 FAX

 E-mail

**送付先**  ( 郵送、FAX又はメールで申し込みください。)

〒221-0825 横浜市神奈川区反町3丁目17番地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 045-311-8768

E-mail：k-amk@kanagawa-koureikyo.or.jp