

(様式1)

アドバイザー相談・派遣等事業利用申込書		年度申込回数( )回目 ※年度内で5回の利用が可能です。	
フリナガ		派遣先 施設名	
法人名			
施設の 所在地		申込者 役職氏名	
施設等 種別	1 高齢者    2 障害者    3 児童    4 保育    5 その他( )		
担当者名		E-mail	
T e l		F a x	
利用希望 事業	<p>■相談分野・内容(○を記入)</p> <p>1 運営管理    2 会計・税務    3 労務管理・人材定着 4 法務    5 介護職場の業務診断    6 職場における心の健康づくり 7 キャリアパス構築・人材育成    8 BCP(事業継続計画)策定</p> <p>■相談概要(相談分野・内容の具体的な相談内容を簡単に記入)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>■希望日・時間</p> <p>第一希望( 月 日) ( : ~ : ) 第二希望( 月 日) ( : ~ : ) 第三希望( 月 日) ( : ~ : )</p>		
「社会福祉施設アドバイザー相談・派遣等事業実施要領」を承諾の上、申込みます。			
令和 年 月 日			
法人名 _____			
住所 _____			
代表者氏名 _____ 印			