|  |  |
| --- | --- |
| **ＦＡＸのみ受付**  **FAX:０２９－２４４－４５４３** | 令和元年度「福祉の仕事」求人事業所向けセミナー参加申込書  申込期日：６月１７日（月）～７月１２日（金）【必着】 |

※該当するサービス種別・設置主体等に〇を付けてください。申込みは１事業所２名以内、先着順で受付けます。　　申込日：令和元年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **高齢者分野** | （特別）養護老人ホーム | 軽費老人  ホーム | | | 老人デイ  サービス | | | （認知症）  グループ  ホーム | | | 有料老人  ホーム | | 介護老人  保健施設 | | 小規模多機能型居宅事業所 | | 訪問介護  事業所 | その他  ( ) |  |
| **障害者分野** | 障害者福祉  サービス事業者  （入所） | | 障害者福祉  サービス事業者  （通所） | | | 障害者福祉  サービス事業者  （グループホーム） | | | 障害者福祉  サービス事業者  （在宅介護） | | | その他  ( ) | | | **保護分野** | | 救護施設 | その他  ( ) |
| **児童分野** | 乳児院 | | | 保育所 | | | 児童養護施設 | | | 障害児  入所施設 | | | | 障害児  通所施設 | | 認定こども園 | | その他  ( ) |
| **上記以外** | 社会福祉協議会 | | | 社会福祉事業団等 | | |  | | | | | | | | | | | その他  ( ) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会福祉法人 | 公立 | 株式会社・  有限会社 | ＮＰＯ法人 | 一般・  公益財団法人 | 一般・  公益社団法人 | 学校法人 | 宗教法人 | 医療法人・  医療法人財団・  医療法人社団 | その他  ( ) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 |  | 「福祉のお仕事」ＨＰ  求人事業所番号 | － | | 申込記入者  職氏名 | （職名）  （氏名） |
| 所在地 | 〒　　　― | | | ＴＥＬ | －　　　　　－ | |
|  | | | ＦＡＸ | －　　　　　－ | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 職　名 | 参加者氏名 | 現在の職場の  経験年数 | 職員採用の権限 | 人事異動の権限 | 参加形態（いずれかに○） |
| 1 |  |  | 年　　ケ月 | 有　・　無 | 有　・　無 | 終日・午前の部のみ・午後の部のみ |
| 2 |  |  | 年　　ケ月 | 有　・　無 | 有　・　無 | 終日・午前の部のみ・午後の部のみ |

**◎参加にあたり、配慮等必要なことがございましたら、下記の枠内に、簡潔**にご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

**※ＦＡＸ送信後は、茨城県福祉人材センター（ＴＥＬ：０２９－２４４－４５４４）まで到着したか確認してください。**