

令和6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・事業所名 _____

施設長名 _____

支援員助手導入支援事業 申込書

令和6年度支援員助手導入支援事業に申し込みます。

○ 施設・事業所

事業所種類	名称	定員 名

・事業実施予定 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 ____ 月頃の発行を予定）

支援員助手の業務	採用数 名	摘要

※摘要には、支援員などの募集があれば記載してください。

希望しない。

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