令和 7 年度　明るい職場づくり推進事業

職場環境改善・経営支援アドバイザー派遣事業

利用申込書

**施設名【事業所名】**

　　　　　〒　　　　　―

**住　　所**

**電話　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　　　　記入者名**

|  |  |
| --- | --- |
| **利用内容**  相談したい分野の番号に○印を記入してください（複数可） | ○施設・事業所の運営管理   1. 財務管理について　　　　　　　　2.　人事労務について 2. 人材確保・育成や定着支援について 3. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   **相談概要**　※必ずご記入ください。 |
| **派遣希望**  **日程・時間** | 第１希望　　　　月　　　日（　　　）　AM　・　PM　　　　　　：　　　　～　　　　　：  第２希望　　　　月　　　日（　　　）　AM　・　PM　　　　　　：　　　　～　　　　　：  第３希望　　　　月　　　日（　　　）　AM　・　PM　　　　　　：　　　　～　　　　　：  ※必ず第3希望までご記入ください。ご希望の日時に添えない場合もございます。  ※派遣調整には、申し込みから2週間程度を要します。 |

**【FAX送信先】　佐賀県社会福祉協議会 福祉人材センター**

**FAX：０９５２‐２８‐３４０７**

※**送信票不要（本連絡票のみを送信願います）**

大変お手数ですが、**着信確認の電話連絡をお願いいたします**（電話0952－28－3406）

送信いただく際、番号の間違いのないようお願いいたします。