令和 6 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**<br><br>相談したい分野の番号に〇印を記入してください（複数可） | 〇施設・事業所の運営管理<br>1. 財務管理について　　2. 人事労務について<br>3. 人材確保・育成や定着支援について<br>4. 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　　：　　～　　：<br>第2希望　　月　　日（　　）AM ・ PM　　：　　～　　：<br>第3希望　　月　　日（　　）AM ・ PM　　：　　～　　：<br>※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。<br>※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。