

(障害福祉人材確保事業)

予 約 方 法

1

Google
フォーム

ホームページ上のGoogleフォームから予約

2

FAX
送付先



054 - 272 - 8831

送信後、受信確認のお電話をお願いします。



<予約はコチラ>

- 原則、オンライン【ZOOM】による相談となります。
- 相談時間は1時間が目安です。
- 1週間前までに事前予約をお願いします。

専門アドバイザーによる無料相談申込書

記載日： 年 月 日

| | | | | |
|-----------------------------|----------------------------------------------|-----|------|-----|
| 希望内容 | 処遇改善加算に関すること ・ 制度改正に関すること ※いずれかに○をつけてください | | | |
| 相談者名 | 職名 | | 氏名 | |
| 法人名 | | | | |
| 施設種類 | | | | |
| 事業所名 | | | | |
| 所在地 | 〒 - | | | |
| 連絡先電話番号 | () - | | | |
| メールアドレス | @ | | | |
| ◆相談希望日時 (※日程表より記入してください) | 第1希望 | 月 日 | 第2希望 | 月 日 |
| | | : | | : |
| ◆相談内容 【具体的に記入してください】 | | | | |