

中央区介護人材確保支援事業 参加意向調査票

記入日 令和 年 月 日

下記の質問事項に回答をお願い申し上げます。

返信については、ご記入後 FAX で送信いただくか、左記 QR コードよりご入力ください。

折り返しメールまたはお電話にてご連絡させていただきます。



《おすすめポイント》

\* 紹介手数料無料です。

\* 求職者は介護職員初任者研修を取得予定。受講費用は区が全額負担します。

次のいずれかに○を付け、その他必要事項をご記入ください。

【事業所情報】(同一法人で複数に施設がある場合、コピーして施設ごとに記入してください。)

参加の有無		▼該当するものに○(2の場合は、よろしければ理由もお知らせください。) 1. 参加したい 2. 参加したくない(理由: )		
就業場所住所		中央区	施設種別	▼該当するものに○ ・訪問介護・デイサービス ・施設介護 (特養・老健・GH・小多機) ・その他( )
法人名 施設名				
担当者	氏名		TEL	
	E-mail		FAX	

【採用条件等】

▼必ずどちらかに○をしてください。

介護職員初任者研修資格取得前の受け入れ	可 ・ 否
---------------------	-------

【募集情報】

▼【その他】連絡事項等がありましたらご記入ください。

募集予定時期	令和 年 月
募集予定人数	名
募集雇用形態 (複数選択可)	正規職員 非常勤職員(パート等) その他( )
募集する職種	▼該当するものに○ 介護職員 その他 (右記に記入)