別紙様式１

**介護事業所相談支援事業**

**雇用管理コンサルタント相談申請書**

申込日：令和　年　月　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者法 人 名事業所名 |  | 役　職担当者 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  | E-mail |  |
| 相談内容 | （具体的にご記入ください。） |
| 初回相談希望日時 | 第１希望　　月　　日（　　　：　　　～　　　：　　　）第２希望　　月　　日（　　　：　　　～　　　：　　　）第３希望　　月　　日（　　　：　　　～　　　：　　　） |

|  |
| --- |
| 事業決定通知　　　　　　　　　【※川口市記載欄】　申請者　様　事業実施を　　□認めるものとする。　　　　　　　　　□ 認めないものとする。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　川口市福祉部介護保険課 |

　◆事業実施を認めた場合は、本通知（写）を（公財）介護労働安定センター埼玉支部あて通知する。