ケアサポーター説明会＆相談会　参加申込票

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名  （法人名） |  |
| 住　所 | 〒(　　　　　)  電話　　　　　　　　　e-mail |
| 参加者  (担当者) | 氏名　　　　　　　　　　　職名 |
| 氏名　　　　　　　　　　　職名 |
| 参加会場 | ①　会場名：　　　　　　　　　　　　　　　　開催日  ②　会場名：　　　　　　　　　　　　　　　　開催日  ③　会場名：　　　　　　　　　　　　　　　　開催日  　＊後日、会場を追加しても結構です。 |
| 募集人数 | 人 |
| 業務内容 | ・具体的にお書きください |
| 勤務時間 | □　１日　　　時間  □　　時　　分　から　　時　　分まで  □　　時　　分　から　　時　　分まで |
| 勤務日 | □　　月　　火　　水　　木　　金　　土　　日　　祝日  □　　　日　～　　日／１週 |
| 賃　金 | 円/時 |
| 処　遇 | * 交通費　　□処遇改善加算　　□その他（　　　　　　　） |
| 雇用期間  (更新) | 令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで  更新　　（　有　・　無　） |

|  |
| --- |
| 〇締切日　各開催日の3営業日前まで  　E-mail [kaigo-joshu@ryokkokai.com](mailto:kaigo-joshu@ryokkokai.com)  　TEL 080-6653-6947　　Fax　0166-36-6339 |