

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)				

○締切日 各開催日の3営業日前まで

E-mail kaigo-joshu@ryokkokai.com

TEL 080-6653-6947 Fax 0166-36-6339