

(別紙3)

## 令和4年度 介護助手事業 実施施設申込書

記入日: 令和4年 月 日

### 1 法人名・実施施設名

法人名			
実施施設名			
実施施設住所	〒 -		
担当者 (※)	役職		氏名
	電話	- -	FAX
	メールアドレス		

※ 担当者については、当センターからの問い合わせにお答えいただける方をご記入ください。

### 2 応募理由(具体的にご記入ください)

応募理由	
介護助手 受入可能人数 (※1)	人 (受入可能な人数)
継続雇用 可能人数 (※2)	人 (再雇用可能人数)

※1 介護助手受入可能人数は、介護助手として雇用が可能な最大人数をご記入ください。

※2 継続雇用可能人数は、引き続き介護助手として継続雇用が可能な見込み人数をご記入ください。

(送付先) 愛媛県福祉人材センター(担当: 中田・影浦)

愛媛県社会福祉協議会 福祉人材部 人材研修課

F A X : 089-921-3398

Eメール : jinzai@ehime-shakyo.or.jp

令和4年5月25日(水)締切