

支援員助手導入支援事業 申込書

令和 8 年 月 日

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会
会長 加藤馨様

住所 〒 _____

施設・事業所名 _____

施設長名 _____

令和 8 年度支援員助手導入支援事業に申し込みます。

○ 施設・事業所

事業所種類	名称	定員	障害種別
		名	<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 身体

・事業実施予定 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

○ 職員共同募集広告

希望する。

※摘要には、支援員などの募集があれば記載してください。

支援員助手の業務	採用数	摘要
	名	

希望しない。

○ アドバイザーの派遣

※今回新たに支援員助手を導入する施設・事業所はアドバイザー派遣を選択してください。

希望する。

※支援員助手の業務運営や組織運営など 2~3 回程度意見交換をしていただきます。

希望しない。

事務担当者 _____ 電話 _____ FAX _____

E-mail _____

送付先 (郵送、FAX 又はメールで申し込みください。)

〒221-0825 横浜市神奈川区反町 3 丁目 17 番地 2

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会

電話 045-311-8745 FAX 045-311-8768

E-mail : ookubo@kanagawa-koureikyo.or.jp