令和４年度　東京都介護職員宿舎借り上げ支援事業

説明会 参加申込書

介

下記に必要事項をご記入の上、MAILまたはＦＡＸでお送りください。

**※　8/4～9/2（10：00）の日程は中止となりました。また、申込締切日も変更になっております**

**のでご注意ください。（7/27更新）**

ＭＡＩＬ：kariage\_setumei@fukushizaidan.jp

ＦＡＸ：０３－３３４４－７２８１

公益財団法人東京都福祉保健財団　介護職員宿舎借り上げ支援事業担当　宛

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加希望日時等希望回に○をしてください | **希望回** | **日　時　（第1期）** | **会　場** | **申込締切日（必着）** |
|  | **１** |  **9月 2日（金） 14：00** | **19F・多目的室1** | **8月 26日（金）** |
|  | **2** |  **9月 5日（月） 10：00** | **19F・多目的室1** | **8月 26日（金）** |
|  | **3** |  **9月 6日（火） 14：00** | **19F・多目的室1** | **8月 26日（金）** |
|  | **4** |  **9月 7日（水） 10：00** | **19F・多目的室1** | **8月 26日（金）** |
|  | **◇ 動画配信案内希望**＊ | ＊日程等確定次第、メールにて連絡しますので、下記〔MAIL〕欄にアドレスを記入してください。 |
|  | **◇ 説明会（第２期）参加希望**＊ |
| ふりがな |  |
| 法　人　名 |  |
| 部署名または施設名 |  |
| ふりがな |  |
| 参加者氏名（２名で参加する場合は併記） |  |
| 連絡先 | TEL |  |
| MAIL |  |
| 現在検討している申請区分　（該当するものに○をしてください。複数回答可。） |
|  | （ア）福祉避難所 |  | 災害時協定締結事業所 |  | （ウ）災害要件なし事業所 |  | 未定 |
| 【質問事項】 なるべく具体的に記入してください。〔説明会（第1期）に参加しない場合は記入不要です〕 |
|  |

＊ 「参加申込書」にご記入いただいた個人情報は、当財団にて適正に管理し、当事業の目的以外には使用しません。

＊　恐れ入りますが、参加決定通知の発行はいたしませんので、説明会当日は、本申込書をご持参のうえご出席ください。

なお、受付及び開場は開始時間の15分前からとなります。受付時間以降にお越しください。