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。