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（第２期） 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。

※後半部の集合時間が変更になっておりますのでご注意ください。（10/4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・後半部のみ参加希望の方は「後半のみ」欄にも○をしてください。【後半のみ参加の集合時間】10：00開始回→10：50に集合14：30開始回→15：20に集合※前半部の進行状況によってはお待ちいただくことがあります | **希望回** | 後半のみ | **日　時　（第２期）** | **会　場** | **申込締切日（必着）** |
|  |  |  **10月　6日（木） 14：30** | **19F・多目的室1** |  **9月29日（木）** |
|  |  |  **11月　1日（火） 10：00** | **19F・多目的室1** | **10月25日（火）** |
|  |  |  **11月16日（水） 14：30** | **19F・多目的室2** | **11月 9日（水）** |
|  |  |  **11月21日（月） 10：00** | **19F・多目的室2** | **11月14日（月）** |
| 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 |
| 【（イ）災害時協定締結事業所の申請を予定している方】協定締結状況についてお伺いします。該当するものに○をしてください。 |
|  | 未締結 |  | 区市町村と直接締結済み（協定書有り） |  | 区市町村と協定を締結している協議会や連絡会へ加入している |
| 【自由記述欄】 |

＊ 「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、参加決定のご連絡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。

＊ 後半部のみ参加の方は、10：00開始回は10：50に集合、14：30開始回は15：20に集合していただくようお願いします。