令和５年度　東京都障害福祉サービス等職員宿舎借り上げ支援事業

説明会 参加申込書

障

必要事項をご記入の上、ＭＡＩＬまたはＦＡＸでお送りください。

ＭＡＩＬ：ｓ-**kariage\_setumei@fukushizaidan.jp**

ＦＡＸ：03-3344-8596

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参加希望回に〇** | **後半のみ参加予定の場合〇** | **日　時　（第２期）** | | | **会　場** | **申込締切日（必着）** |
|  |  | **１** | **9月 1日（金）14：30** | | 小田急第一生命ビル  （新宿区西新宿2-7-1）19F多目的室2 | **8月29日（火）** |
|  |  | **2** | **10月 3日（火）10：00** | | **9月28日（木）** |
|  |  | **3** | **10月16日（月）14：30** | | **10月11日（水）** |
| ◆後半のみご参加の場合の集合時間は、午前開催日は１０：５５、午後開催日は１５：２５です。  ※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 | | | | | | | |
| **希望する場合〇** | **説明会録画（後半部分）の掲載案内希望** | | | １０月以降、第２期説明会録画（後半部分）の掲載を予定しています。掲載開始の案内を希望される場合は、ご記入いただいたメールアドレス宛に掲載後ご連絡いたします。 | | | |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | |
| 法　人　名 | |  | |
| 部署または施設名 | |  | |
| 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 ： | |
| メールアドレス ： | |
|  | 【注意】令和５年度の申請区分（ア）（イ）の事業計画書の受付は、すでに終了しております。 | | |
| **該当する申請区分に○**  ※複数回答可。既に申請済みの区分がある場合は、含めて回答してください。 |  | | （ア）福祉避難所 |
|  | | （イ）災害時協定締結事業所…以下の協定締結状況に☑にてご回答ください。  ➥□協定未締結  □協定締結済　（　□　区市町村と直接締結※　□　協議会や連絡会への加入） |
|  | | （ウ）災害要件なし事業所 |

〇本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。

〇恐れ入りますが参加決定通知の発行はありませんので、説明会当日、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。

**※**区市町村と締結済の協定書がお手元にある場合は、協定内容が本助成事業の要件に合致しているかを

確認させていただくため、説明会参加の際に写しをご持参くださいますようお願い致します。

財団にて確認後、後日ご連絡いたします。