説明会 参加申込書

令和７年度　東京都介護職員宿舎借り上げ支援事業

介

必要事項をご記入の上、ＭＡＩＬでお送りください。

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

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

**会　場　：　新宿第一生命ビルディング19F　多目的室１**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **希望回** | **日　時　（第1期）** | **申込締切日（必着）** |
|  | **１** | **６月２３日（月） １０：００** | **６月１８日（水）** |
|  | **2** | **６月２４日（火） １４：３０** | **６月１８日（水）** |

希望回に○をしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 ： |
| 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。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** |
|  | **（ウ）災害要件なし事業所** |
| **（イ）災害時協定締結事業所で****申請予定の場合の協定締結状況**（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（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済** |

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。

**※**新たに（ア）（イ）での申請を検討されている事業所で、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、メールにて説明会にお申込みされる際に、本申込書と共に写しを添付していただきますようお願いいたします。