事業所に対する育成支援事業「職場研修実施サポート事業」

*本様式はHPよりダウンロードできます。*

**様式１**

職場研修アドバイザー　相談依頼書

【記入日：　　　　年　　　　月　　　　日】

|  |  |
| --- | --- |
| **法人名** |  |
| **施設・事業所名** |  |
| **本事業の対象事業所は以下の事業所です。貴事業所の該当する番号に○をつけてください。**福祉・介護に関するサービスを提供し、（１）利用者の定員が、施設サービスで１１０人、在宅サービスで５０人以下の事業所（２）利用者の定員がない事業所は、１サービス当たりの利用実人員（直近１か月又は直近３か月の平均）が１１０人以下の事業所（３）上記に定める他、東京都及び東京都社会福祉協議会が協議の上、特に支援が必要と認められる事業所 |
| **施設種別**＊いずれかの番号に○をつけてください。（１）高齢者　（２）障害児・者　（３）児童・母子施設　（４）保育　（５）保護　（６）社協（７）その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **住　所**〒 |
| **TEL** | **FAX** |
| **メールアドレス** |
| **担当者氏名** |
| **ご相談の内容**　　＊簡潔にご記入ください |
|  |

【送信先】下記担当宛に、メールまたはFAXで送信してください。

＊送信先を間違えないようご注意ください。収受後３日以内ご連絡しますので、万一連絡がない場合はお手数ですがお電話ください。

**東京都福祉人材センター研修室　職場研修実施サポート事業担当　宛**

メール：s-arai@tcsw.tvac.or.jp　　または　　FAX　：０３－５８００－０４４９