申込〆切　８月２５日（金）

**平成２９年度 第２回「福祉人材確保ネットワーク事業」**

ＦＡＸ　０３－５２１１－１４９４

**参加申込書**

平成２９年　　月　　日

社会福祉法人東京都社会福祉協議会

東京都福祉人材センター　御中

当法人は、東京都社会福祉協議会東京都福祉人材センターが設定する福祉人材確保ネットワーク事業への参加条件について、①勤務条件（給与制度・退職金制度）、②運営内容（第三者評価の受審・コンプライアンスの重視）のいずれも満たしていることに相違ありませんので、事業への参加の申込みをいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **法人名** |  |
| **法人所在地** | 〒 |

　　【事務担当者の連絡先】**※今後、下記宛に資料（求人作成のための手引等）を送付します。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **担当者名** |  | | |
| **施設名** |  | | |
| **住所** | **〒** | | |
| **ＴＥＬ** |  | **ＦＡＸ** |  |
| **E-mail** |  | | |

**１　ネットワーク事業への参加について**　※いずれかに〇をつけてください。

**1.初めてである　　　2.今までに参加している**

**２　現時点での採用予定について【一般求人】**※参考程度にご記入ください。

正式な求人内容の申し込みは後日となります

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **施設種別**(特別養護老人ホームなど) | **職種**(介護職員、生活支援員、児童指導員など) | **求人**  **予定数** | **採用予定時期** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**３　現時点での採用予定について【障害者雇用求人】**　**1.考えている　　2.考えていない**

※下記求人内容に該当する受験者がいる場合、本センターから連絡の上、調整させていただきます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **施設種別**  (特別養護老人ホームなど) | **職種**  (事務職員など) | **求人**  **予定数** | **採用予定**  **時期** | **備考**  （受入れ可能な障害種別、ハード面の職場環境等） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |