

支援員助手導入支援事業 申込書

令和7年 月 日

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会
会長 加藤馨様

住所 〒

施設・事業所名

施設長名

令和7年度支援員助手導入支援事業に申し込みます。

○ 施設・事業所

事業所種類	名称	定員 名

・事業実施予定 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

○ 職員共同募集広告

希望する。

※摘要には、支援員などの募集があれば記載してください。

支援員助手の業務	採用数 名	摘要

希望しない。

○ アドバイザーの派遣

※今回新たに支援員助手を導入する施設・事業所はアドバイザー派遣を選択してください。

希望する。

※支援員助手の業務運営や組織運営など2~3回程度意見交換をしていただきます。

希望しない。

事務担当者

電話

FAX

E-mail

送付先 (郵送、FAX又はメールで申し込みください。)

〒221-0825 横浜市神奈川区反町3丁目17番地2

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会

電話045-311-8745 FAX 045-311-8768

E-mail : k-amk@kanagawa-koureikyo.or.jp