

(FAXの方はこのまま送信してください。)

申込期限：令和7年8月15日(金) 介護支援課・障がい者支援課必着
FAX 送信先：介護分野 介護支援課宛 04-7123-1095
：障がい分野 障がい者支援課 04-7125-0598

野田市介護・障がい福祉職員合同就職相談会参加申込書

11月23日(日)開催

1 参加希望法人についてご記入ください

法人名		注) 応募は法人単位となります。 ブースの出展等を希望する主となる事業所名とご担当者の方のお名前をお書きください。
事業所名		
担当者氏名		
連絡先	TEL : FAX : Mail :	

2 取扱う事業に☒チェックしてください。複数ある場合、どの事業主体で希望するかを高い順に1、2、3(3つまで)と右の欄に記入してください。

※応募多数の場合、業種が偏ることのないよう調整させていただくことがあります。

☐ 訪問介護 (ホームヘルプ)		☐ 特別養護老人ホーム	
☐ 訪問看護		☐ 介護老人保健施設	
☐ 訪問入浴		☐ グループホーム	
☐ 通所介護 (デイサービス)		☐ ケアハウス	
☐ 短期入所 (ショートステイ)		☐ サービス付き高齢者住宅	
☐ その他 {		}	

☐ ①ブース出展

☐ ②施設見学受入れ

※見学は午前・午後各1事業所ずつ実施します。見学順を決める際の参考にするため、受入れ希望の時間帯に丸をつけてください。

第1希望 午前 / 午後 / 特になし

第2希望 午前 / 午後 / 特になし

③上記①～②に外れてしまった場合、あるいは①～②には応募しないが、施設のパンフレットを相談会の会場に設置を希望しますか。

☐希望する ☐希望しない※チェックがない場合は希望なしとさせていただきます。

(FAX の方はこのまま送信してください。)

※メールの場合は、7 月 15 日付けで市から送付しました通知文に記載した E-mail アドレスに送付願います。メール送信先は、野田市介護支援課または障がい者支援課宛て です。