様式第1号

**外国人介護人材受入・定着支援アドバイザー**

**（施設支援アドバイザー）相談・派遣事業**

－　**相談依頼書**　－

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 令和 　 　年 　　 月 　　 日 | | 依頼（相談）方法（　　　　　　） | 受付者 |
| 送信先：**097－558－6001** |  |
| 大分県社会福祉協議会施設団体支援部 |
| **依頼者** | 代表者職氏名 | 法人及び施設名 | |
|  |  | |
| 所在地等 | | |
| 電話（　　　　　　） | | |
| **相談の主な内容** |  | | |
| **備考** |  | | |
| 個人情報につきましては、本会個人情報保護規定に基づき適正に取り扱います。 | | |

✿申込後、調整のため事務局よりお電話を入れさせていただきます。送信後1週間以内に連絡がない場合は、

恐れ入りますが事務局までご一報くださいますようお願いします。