ＦＡＸ

公益財団法人介護労働安定センター山口支部

083-920-0930

令和８年度　山口県委託事業
～メンター制度　個別支援（及び事前相談）申込書～

申込日：令和　８年　　月　　日

事業所名		役職	
		氏名	
所 在 地	〒		
電話番号 FAX 番号	（　　） （　　）	メールアドレス	
申し込み	・個別支援を申し込む　　・事前相談後に検討する		
事前相談希望日 （１時間）	①	月　　日（　　）　：　　～　：	
	②	月　　日（　　）　：　　～　：	
	③	月　　日（　　）　：　　～　：	
個別支援を申込みされる場合、 支援開始予定時期	月頃～希望		
希望プラン	Ａ（研修）　・　Ｂ（研修+面談）　・　講師相談後決定		
メンティ対象者 現時点でメンティの対象となるスタッフについてご記入･〇をつけてください。	①　（　　歳）　勤続年数（　　年） （　☆新卒者　☆中途採用者⇒介護経験あり・無し　）		
	②　（　　歳）　勤続年数（　　年） （　☆新卒者　☆中途採用者⇒介護経験あり・無し　）		
	③　（　　歳）　勤続年数（　　年） （　☆新卒者　☆中途採用者⇒介護経験あり・無し　）		

※「申し込み票」に記載された内容については、当センターの個人情報管理規程に従い厳重に管理し、人材育成コンサルタントによる相談、支部職員による日程調整、内容確認、各種講習会のご案内及び事業活動に関する情報提供のみに使用し、上記以外の目的で使用いたしません。