様式1-2（事業所等）

**在宅介護アドバイス事業講師派遣　申込書**

甲賀市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

当事業所は、在宅介護コーディネーターの派遣を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| フリガナ |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |
| 住所 | 〒　　　-  甲賀市 |
| 対象の職種  および人数 | ケアマネ（　　　人）介護士（　　　人）　看護師（　　　人）  福祉用具（　　　人）その他　（　　　　 　/　　 人） |
| 訪問希望日時 | 月・火・水・木・金　　AM ・ PM（　　　 　　）※時間要相談 |
| 備　　　　考 | （困っていること、聞きたいこと等） |