介護職経験者復職支援事業の周知用動画製作　取材協力について(申込書)

送信先：FAX　　０５４－２７２－８８３１

　　　　　　　メール　nana\_muramatsu@shizuoka-wel.jp

（担当：村松）

【締切：令和2年9月30日（水）】

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名・事業所名 |  |
| 種別 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 復職者①について※記入又は、該当するところに〇をつけてください。 | 【離職理由】・結婚　　・出産　　・育児　　・病気療養　　・親の介護・その他【現在の年代】　　　　　　代【静岡県社会福祉人材センターの利用の有無】・有り　　・無し |
| 復職者②について※記入又は、該当するところに〇をつけてください。 | 【離職理由】・結婚　　・出産　　・育児　　・病気療養　　・親の介護・その他【現在の年代】　　　　　　代【静岡県社会福祉人材センターの利用の有無】・有り　　・無し |

※離職の期間は５か月以上とします。

※申し込み多数の場合は、こちらで選定させていただきます。