



ひろしま保育・介護人財サポート事業会員名簿 (追加入会用)



平成 年 月 日

下記のとおり、ひろしま保育・介護人財サポート事業に追加入会を申し込みます。

法人名		代表者氏名		(印)	
事業所(施設)名		法人番号		* * *	
所在地	種別	電話番号			

注) 事業所

太枠の中のみご記入ください。

より該当の数字を記入
 ①保育所・認定こども園等
 ②介護サービス事業所
 ③福祉サービス事業所
 ④児童養護施設・乳児院等

*会員番号	フリガナ 氏名	生年月日	住所		職種	勤務形態	性別
			電話番号				
		昭平 年 月 日	市郡	区町			男・女
		昭平 年 月 日	市郡	区町			男・女
		昭平 年 月	市内の方は区まで、市外の方は市・郡・町までご記入ください。				男・女
		昭平 年 月 日	市郡	区町			男・女
		昭平 年 月 日	市郡	区町			男・女
		昭平 年 月 日	市郡	区町			男・女
		昭平 年 月 日	市郡	区町			男・女

職 種						勤務形態
①保育士	②介護職員	③介護支援専門員	④看護職員	⑤機能訓練指導員		A 常勤
⑥生活相談員	⑦医師、薬剤師、管理栄養士	⑧栄養士、調理員	⑨事務員	⑩その他		B 非常勤

*加入日	平成 年 月 日	*受付日	平成 年 月 日
------	----------	------	----------

*	*	*	*
---	---	---	---

*入力	*照合	*発送
-----	-----	-----

*欄は記入しないでください。