**「いわき市生活援助サービス」従事者養成研修修了者に対する情報提供について**

送付書類⑵

令和　　年　　月　　日

地域包括ケア推進課　事業推進係　行

ＦＡＸ：0246-27-8576

事業所名

担当者名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

**（※注：情報提供を希望する事業所については、「いわき市生活援助サービス」に参入しているまたは参入予定のある事業所とさせていただきます。）**

**「いわき市生活援助サービス」従事者養成研修修了者に対し、従事者募集の**

　　情報提供を希望します　・　情報の削除を希望します

**「情報提供を希望します」と回答した事業所に質問です。今回、情報提供を希望する事業所の一覧表を作成し、研修修了者に配布する予定です。提供する内容としては、「事業所名、住所、電話番号」を考えておりますが、その他、掲載してほしい内容等ありましたら下記欄に御記載くださいますようお願いいたします。**

なお、頂いた情報につきましては、「いわき市生活援助サービス」従事者養成研修修了者に提供する情報として**のみ**活用させていただきます。

**また、情報提供を希望する事業所につきましては、併せてハローワークへの求人票を提出していただきますようお願いいたします。**