（様式１）

仕事と介護の両立支援アドバイザー派遣申込書

令和６年(2024年)　　月　　日

滋賀県知事　あて

法人所在地

法人名

代表者職名

代表者氏名

令和６年度仕事と介護の両立支援アドバイザー派遣事業について、仕事と介護の両立支援アドバイザー派遣事業実施要綱第６条に基づき、アドバイザーの派遣を申込みます。

１　企業の概要

1. 業種：
2. 主な事業の内容：
3. 従業員数（常時雇用する労働者数）：
4. 資本金（出資額）：

２　アドバイザーに求める業務の内容

|  |
| --- |
| 【連絡先（文書送付先）】郵便番号：住所：担当者氏名：電話番号：FAX番号：E-mail： |