年　　　月　　　日

福山市長　　様

申請者　　 所 在 地

名　　称

代表者名

（電話　　　　－　　　　　　　　）

介護職員等負担軽減支援アドバイザー派遣事業申込書

　介護職員等負担軽減支援アドバイザー派遣事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり申し込みます。

　なお、これまでに本事業と趣旨を同じくする制度を利用したことはありません。

記

１　派遣希望施設・事業所

（所在地）

（名称）

２　アドバイザーの派遣を希望する理由

　 ３　事業所等の現状・課題等

４　特記事項