

出張相談事前連絡票

申込み

相談日の1週間前までに、必要事項を記入の上、FAXで下記あてにお送りください。
(必ずしもご連絡いただく必要はありませんが、ご連絡いただくと資料の提供等の準備が可能になります。)

※印の欄は必須項目

ふりがな		性別	男・女
※氏名			
住所	〒		
電話番号 (日中連絡のとれる番号)			
※相談場所 (ご希望の場所を○で 囲んでください。)	ハローワークプラザ今治・ハローワーク四国中央・ハローワーク西条 ハローワーク大洲・ハローワーク宇和島・ハローワーク八幡浜 ハローワーク新居浜		
※相談日 (オモテ面の日程を ご確認ください。)	月 日 ()		
※相談事項 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 福祉・介護の求職について <input type="checkbox"/> 福祉関係の資格について <input type="checkbox"/> その他 ()		
※相談内容	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		

問い合わせ

愛媛県福祉人材センター (愛媛県社会福祉協議会 地域福祉部 福祉人材課)
〒790-8553 松山市持田町三丁目8番15号 愛媛県総合社会福祉会館2階
TEL 089-921-5344 / FAX 089-921-3398
Eメール jinzai@ehime-shakyo.or.jp / URL <http://www.11294.net/>