「介護のしごと魅力伝道師」候補者　推薦書

法人名

代表者名

担当者名

電話番号

下記の者を「介護のしごと魅力伝道師」候補者として推薦します。

なお、候補者が伝道師に認定された際は、伝道師としての活動を応援します。

記

**<勤務先記入欄>**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 住　所 |  | | |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 担当者名 |  | | |

**<候補者記入欄>**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　名 | （　男　・　女　） |
| ＴＥＬ |  |
| メール |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生　（　　歳）※R6.4.1時点 |  |
| 介護職勤務歴 | 年　　　月　　　　　　　　　　　※R6.4.1時点 |
| 自己ＰＲ欄 |  |
| 参考  該当する□に  チェックを  入れてください | (1)伝道師としての活動内容を理解できましたか（別添要領参照）  □理解した  □一部理解した（質問内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| (2)人前で話すことに慣れていますか  　□慣れている  □慣れてはいないが活動を機に頑張りたい |
| (3)伝道師活動では、ﾊﾟﾜｰﾎﾟｲﾝﾄ等を用いてスライドを作成していただきます  →□**スライドを作成し、講話を行うつもりである**  これまでの経験及び環境について教えてください。  □スライド作成の経験あり  □スライドを作成した経験はないが、パソコンは操作できる  □パソコン操作が不得手  □パソコンを利用する環境が整っている（ 勤務 or 自宅 ）  □パソコンを利用できる環境がない |

【提出先】長崎県長寿社会課 介護人材確保推進班（担当：小栁）

　　　　　　　　　　　　　　　　電話：095-895-2440　FAX：095-895-2576

　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：kaigojinzai@pref.nagasaki.lg.jp