「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