

いしかわ魅力ある福祉職場認定制度
宣言書

魅力ある福祉職場づくりに取り組むことを宣言します。

平成 年 月 日 法人名
代表者名

印

法人名	(ふりがな)
所在地	〒
種別	(該当種別全てにチェックをしてください) <input type="checkbox"/> 1. 高齢者入所 <input type="checkbox"/> 2. 高齢者通所 <input type="checkbox"/> 3. 高齢者訪問 <input type="checkbox"/> 4. 高齢者その他(_____) <input type="checkbox"/> 5. 障害者入所 <input type="checkbox"/> 6. 障害者通所 <input type="checkbox"/> 7. 障害者訪問 <input type="checkbox"/> 8. 障害者その他(_____) <input type="checkbox"/> 9. 児童入所 <input type="checkbox"/> 10. 保育所 <input type="checkbox"/> 11. 児童その他(_____) <input type="checkbox"/> 12. その他(_____)

担当者	(担当部署)	(役職)
	(ふりがな)	
	(氏名)	
	(電話番号)	(FAX)
	(E-mail)	@

備考	<p>○対象事業所は、石川県内に所在する介護・福祉サービス事業所とします。 ただし、種別や法人の形態は問いません。</p> <p>○宣言することで、専門家による認定取得に向けた支援プログラムを受講することができます。</p> <p>○認定申請には、宣言している必要があります。</p> <p>○宣言の有効期間は、宣言日を含む年度の末日から、2年間とします。</p> <p>○ご記入いただいた個人情報は、石川県の介護・福祉人材確保対策関連事業以外の目的には使用いたしません。</p>
----	--

【提出先】
石川県健康福祉部厚生政策課 福祉人材・サービスグループ
〒920-8580 石川県金沢市鞍月 1 丁目 1 番地
(電話番号) 076-225-1419 (FAX) 076-225-1409