

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。	
令和	年 月 日 法人名
	代表者名

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>○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
(メール) kousei@pref.ishikawa.lg.jp