**令和７年度　介護助手事業　実施施設申込書**

記入日：令和７年　　月　　　日

**１　法人名・実施施設名**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 実施施設名 |  |
| 実施施設住所 | 〒　　　　　 - |
| 代表者 | 役職 |  | 氏名 |  |
| 担当者（※） | 役職 |  | 氏名 |  |
| 電話 | －　　　　　－ | ＦＡＸ | －　　　　－ |
| メールアドレス |  |

**※ 担当者は、県社協からの問い合わせにお答えいただける方の情報をご記入ください。**

**２　申込理由等（申込理由は具体的にご記入ください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込理由 |  |
| 受入可能・継続雇用可能人数 | 人　（※１）　　（受入可能人数） | 　　　　　人　（※２）（再雇用可能人数） |
| 確認事項（該当する場合は☑を記入） | □　実施要項「３　実施対象施設（１）～（６）」の条件をすべて満たしている。□　業務の細分化と切り分けを行い、年齢や働き方に応じて柔軟な対応が可能である。□　介護助手として参加する障がい者に対し、配慮内容の意向を事前に確認し、全職員が共通の認識を持ち、働きやすい環境に努めることが可能である。 |

**※１ 介護助手受入可能人数には、介護助手としての雇用可能な最大人数をご記入ください。**

**※２ 継続雇用可能人数には、実施期間終了後も引き続き雇用可能な見込み人数をご記入ください。**

**（送付先）　愛媛県社会福祉協議会　福祉人材部　人材研修課（担当：中田・吉川）**

**Ｅメール　：　　jinzai＠ehime-shakyo.or.jp**

**令和７年６月２５日（水）締切**