

## &lt;記入例&gt;

# きょうと福祉人材育成認証制度

## 福祉人材育成宣言書

若手職員を福祉人材として育むことを宣言します。

平成 ○○年 ○月 ○○日

法人 社会福祉法人○○会  
(事業所名)  
所在地 京都市○○区○○町○番地  
代表者名 理事長 ○○ ○○ 印

【「宣言事業所」の公表に必要な情報】 府ホームページ等で公表させていただきますので、あらかじめご了承ください

|             |                                                                                                                                                         |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな<br>法人名 | しゃかいふくしほうじん まるまるかい<br>社会福祉法人 ○○会                                                                                                                        |
| 所在地         | 〒○○○-○○○<br>京都市○○区○○町○番地<br>電話番号:075-○○○-○○○                                                                                                            |
| 種 別         | (該当種別全てに、○をしてください)<br>① 高齢者入所 ② 高齢者通所 ③ 高齢者訪問 ④ 高齢者その他(具体的に )<br>⑤ 障害者入所 ⑥ 障害者通所 ⑦ 障害者訪問 ⑧ 障害者その他(具体的に )<br>⑨ 児童入所 ⑩ 保育所 ⑪ 児童その他(具体的に )<br>⑫ その他(具体的に ) |

※宣言対象となる事業所については、様式第1号②にご記入ください。

【その他必要な情報】 公表はいたしません、今後の支援に必要となりますので、記載をお願いします。

|                         |                                                                                                                     |     |                                                     |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------|
| 担当者連絡先                  | 担当部署 総務課<br>ふりがな まるまる まるまる<br>担当者名・職 ○○ ○○ ・総務課長                                                                    | 連絡先 | 電話番号 075-○○○-○○○(直通)<br>E-mail marufukushikai@ne.jp |
| 人材育成に関する<br>取 組 状 況     | (具体的にご記入ください)<br>○プロジェクト会議において、職種やキャリア毎の年間計画を立て、人間性、社会性、専門性を養うきめ<br>細かな研修を実施。<br>○若手職員の能力向上のため、目標設定とフィードバック面談を年2回実施 |     |                                                     |
| 事 業 内 容                 | (具体的にご記入ください)<br>特別養護老人ホーム、ショートステイ、老人デイサービス、ホームヘルプ(老人、障害者)                                                          |     |                                                     |
| 常用労働者数(*1)              | 100人 ( 内訳 男性 40 人 女性 60 人 )                                                                                         |     |                                                     |
| 職員への周知状況                | 1. 「宣言」を全職員に周知した ② 会議等で職員と一緒に検討して「宣言」した<br>3. 職員へは今後周知したい 4. その他( )                                                 |     |                                                     |
| 認証取得の希望時期               | 1. すぐに取得したい( 月頃) ② 今年度中に取得したい( 月頃)<br>3. 来年度取得したい 4. 分からない                                                          |     |                                                     |
| 認証取得に係る支援<br>の希望        | ① 希望する 2. 希望しない 3. 詳しい話を聞いて決めたい                                                                                     |     |                                                     |
| 「京都モデル」ワーク<br>ライフバランス認証 | 1. 認証を「取得」している ② 認証に「宣言」している 3. 認証の「取得」も「宣言」もしていない                                                                  |     |                                                     |

\*1 期間の定めなく雇用されている、または、採用時から1年を超えて引き続き雇用されると見込まれる労働者数

○この宣言書を下記により京都府福祉人材サポートセンター事務局(担当 株式会社 パソナ(京都府事業受託  
業者))あてにご郵送ください。

送付先: 〒601-8047 京都市南区東九条下殿田町43 メルクリオ京都 202号室