（様式第１号①）

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
（事業所名）
所 在 地
代表者名　　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 法人名	
所 在 地	〒 電話番号:
種　　別	(該当種別全てに、○をしてください) 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　　) 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　　) 9. 児童入所　10. 保育所　11. 児童その他(具体的に　　) 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が、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 ふりがな 担当者名 ・職	連絡先	電話番号 E－mail
人材育成に関する 取　組　状　況	(具体的にご記入ください)		
事　業　内　容	(具体的にご記入ください)		
常用労働者数(*1)	人（ 内訳 男性　　人　女性　　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 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) 3. 来年度取得したい。　4. 分からない		
認証取得に係る支援の希望	1. 希望する　2. 希望しない　3. 詳しい話しを聴いて決めたい		
「京都モデル」ワーク 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））あて送付してください。

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