令和　　年　　月　　日

　一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会

　　　　　会長　加　藤　馨　　様

実施施設名

施設長

介護助手導入促進事業 ( 県域 ) 開始届

　介護助手導入促進事業に係る介護助手を次のとおり採用し、事業を開始しますので届け出ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※併設デイの場合でも個別に開始届を提出してください。

１　施設の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設種類 | 名称 | 定 員 |
|  |  | 名 |

２　事業実施期間　　令和　　年　　月　　日 ～　令和　　年　　月　　日

３　募集における応募の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 応 募 人 数 | 男 性 | 女 性 | 最高年齢　　　歳  最低年齢　　　歳 |
|  |  |  |

４　振替における状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振替可能な業務に従事している人数 ※ | 男 性 | 女 性 | 最高年齢　　　歳  最低年齢　　　歳 |
|  |  |  |

　　　※既に介護助手業務を導入している場合の総人数

５　添付資料　業務マニュアル ( 別紙のとおり )

６ 業務内容

(1) 　業務名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務内容 |  | | | | | |
| 業務マニュアル | 別添のとおり | | | | | |
| 介護助手氏名 |  | 性別 | |  | 年齢 | 歳 |
| 採用方法 | □募集　　□振替 | １週の勤務時間 | | | 時間 | |
| 業務開始日 |  | 業務終了予定日 | | |  | |
| 早朝(7:00前)、夜間(18:00以降)の 勤務の有無 | | | □無し　□早朝　□夜間 | | | |
| 業務指導者 | 職　　　　　　　　　　氏名 | | | | | |

(2) 　業務名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務内容 |  | | | | | |
| 業務マニュアル | 別添のとおり | | | | | |
| 介護助手氏名 |  | 性別 | |  | 年齢 | 歳 |
| 採用方法 | □募集　　□振替 | １週の勤務時間 | | | 時間 | |
| 業務開始日 |  | 業務終了予定日 | | |  | |
| 早朝(7:00前)、夜間(18:00以降)の 勤務の有無 | | | □無し　□早朝　□夜間 | | | |
| 業務指導者 | 職　　　　　　　　　　氏名 | | | | | |

(3) 　業務名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務内容 |  | | | | | |
| 業務マニュアル | 別添のとおり | | | | | |
| 介護助手氏名 |  | 性別 | |  | 年齢 | 歳 |
| 採用方法 | □募集　　□振替 | １週の勤務時間 | | | 時間 | |
| 業務開始日 |  | 業務終了予定日 | | |  | |
| 早朝(7:00前)、夜間(18:00以降)の 勤務の有無 | | | □無し　□早朝　□夜間 | | | |
| 業務指導者 | 職　　　　　　　　　　氏名 | | | | | |

　　　 事務担当者

　　　 　電話

　　 FAX

e-mail

**※本開始届は、１実施施設毎に記入してください。**