


## 福岡県『介護応援宣言』届出書

2つ以上の具体的な取組内容を宣言してください。(法律で定められた内容を上回るもの)

宣言内容(取組内容)を登録証に掲載します。

また、この届出書に記載された内容を福岡県介護応援宣言ホームページに登録し、掲載します。

介護応援宣言書	
<p>我が社は、従業員が仕事と介護の両立を図りながら、引き続きその職務能力を発揮できるよう、次の取組を行うことを宣言します。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin: 10px 0;"></div> <p style="text-align: center;">取 組 内 容 ( 宣 言 )</p>	
<p>年 月 日 (ふりがな)</p> <p>企業・事業所等名称 _____</p> <p>代表者職名 _____ 氏名 _____</p>	

貴社に関する内容について以下の欄に記入してください。(◆印がついている項目は必須)

項 目	内 容	ホームページ掲載
確認事項◆ (両項目のチェックが登録の要件です)	<input type="checkbox"/> 当事業所の事業主・役員は暴力団員等に該当せず、また密接な関係もありません。 <input type="checkbox"/> 福岡県介護応援宣言企業登録・更新申請規約(注)を読み、これに同意します。 (注) 福岡県介護応援宣言ホームページに掲載 <a href="https://k-sengen.pref.fukuoka.lg.jp">https://k-sengen.pref.fukuoka.lg.jp</a>	
代表者写真 (福岡県介護応援宣言ホームページ掲載用)	<ul style="list-style-type: none"> <li>プリントした写真の場合は届出書送付の際に同封をお願いします。</li> <li>電子メールに添付して送信する場合は <a href="mailto:info@k-sengen.pref.fukuoka.lg.jp">info@k-sengen.pref.fukuoka.lg.jp</a> へ送信してください</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 掲載不可
企業PR	※全角 200 文字以内 (任意)	
ホームページ用画像	<input type="checkbox"/> 有 ・ロゴマークや会社の写真などを2つまで掲載できます。 画像の説明(画像タイトル)を必ず記載のうえ送付してください。 (送付方法は代表者写真と同じです) <input type="checkbox"/> 無	

項目	内容	ホームページ掲載
業種◆  (主たるもの 1つにチェック)	<input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業、郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売業、小売業 <input type="checkbox"/> 金融業、保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業、物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 学術研究、専門・技術サービス業 <input type="checkbox"/> 宿泊業、飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業、娯楽業 <input type="checkbox"/> 教育、学習支援業 <input type="checkbox"/> 医療、福祉 <input type="checkbox"/> 複合サービス事業 <input type="checkbox"/> サービス業 (他に分類されないもの) <input type="checkbox"/> その他	
事業内容 (事業の種類)	※全角 200 文字以内	
創立年月	西暦 年 月	
福岡県内の 従業員数 ◆	全体： 人 (男性： 人 女性： 人) ※パート、アルバイトを含む	掲載不可 <input type="checkbox"/> 全体 <input type="checkbox"/> 男女内訳
所在地 ◆	〒 ※記入例：福岡市博多区東公園 7-7 ○○ビル 2 階 住所入力の際は必ず 7-7 と省略して下さい。	<input type="checkbox"/> 一部のみ掲載 (○○市○○区、 ○○郡○○町 までを表示)
TEL ◆	( )	<input type="checkbox"/> 掲載不可
FAX ◆	<input type="checkbox"/> 有 .....(.....) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 掲載不可
ホームページ URL ◆	<input type="checkbox"/> 有 <.....> <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 掲載不可
メールアドレス ◆	<input type="checkbox"/> 有 <.....> <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 掲載不可

【 貴社のご担当窓口用 】 (この項目は介護応援宣言HPには掲載しません。)

\*は上記と異なる場合のみ入力してください。

担当者氏名	
担当者部署	
TEL *	
FAX *	
メールアドレス *	
メルマガ配信用アドレス	

< 登録後にホームページ・ログイン用のIDと仮パスワードをお知らせします。 >