

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



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。

取 組 内 容 (宣 言)

(例)

- 社内報への掲載、管理職員研修の実施により、介護休業制度の周知、取得の促進に努めます。
- 介護休業期間を通算120日までとします。
- 介護のために一旦退職した社員を再雇用する制度を導入します。
- 仕事と介護の両立を支援するため、業務の効率化を図り、長時間労働を抑制します。

ここに、貴社の実情に応じた、介護を応援する宣言を**2つ以上**記載してください。

代表者役職名も忘れずに記入して下さい。

◆←このマークがある項目は**必須項目**です。記入漏れが無いようにお願いします。

日

() 事業所等名称

代表者 職名 氏名

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・役員等と介護事業者との関係もありません。 <input type="checkbox"/> 福岡県介護応援宣言ホームページに掲載します。 (注) 福岡県介護応援宣言ホームページに掲載 https://k-sengen.pref.fukuoka.lg.jp	
代表者写真 (福岡県介護応援宣言ホームページ掲載用)	・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。 ・電子メールに添付して送信する場合は info@k-sengen.pref.fukuoka.lg.jp へ送信してください	<input type="checkbox"/> 掲載不可
企業PR	「介護応援宣言」ホームページの、登録企業紹介ページに貴社のPRを記載できます。 ※全角	
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	

「介護応援宣言」ホームページ掲載する代表者写真について、**非掲載**を希望される場合はチェックをお願いします(写真の提出は任意)

「介護応援宣言」ホームページの、登録企業紹介ページに貴社のPRを記載できます。

「介護応援宣言」ホームページでは、自社のPR画像を2点まで掲載できます。ご希望の方は**画像**をご提出ください。(郵送・メールどちらでも可)

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 <input type="checkbox"/> 宿泊業、飲食サー <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業 <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 <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

「介護応援宣言」ホームページの登録企業紹介ページで「従業員数」以降の各項目について「非掲載を希望される場合はチェックをお願いし

【 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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 内容についてお尋ねする場合がありますので 担当の方のお名前をお書きください。 </div>
担当者部署	
TEL *	
FAX *	
メールアドレス *	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 毎月、宣言企業の方々へ両立支援に関する情報を集めた メールマガジンを発行しています！ ご希望の方はこちらにメールアドレスをご記入ください。 </div>
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。 >