申込先FAX／099-813-1041　　Eﾒｰﾙ／seikatsu@kg-shien.org　　　※11月17日（金）締切

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | サービス種別 | 生活支援型　・ミニデイ型　・　運動型 |
| 電話番号 |  | 担当者名 |  |
| 所在地 |  |
| メールアドレス |  |

　　　　　　　　　　　　　　　**基準緩和型サービス参入事業所連絡会等　回答票** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 記入欄 |
| 1　12/22(金)の基準緩和型サービス参入事業所連絡会への参加 | 参加　・　不参加※参加の場合は下記に氏名・職名をご記入下さい |
|  | 参加者氏名／職名（例：サービス提供責任者） |
| 2　事業所ガイドブックへの掲載（※１） | 希望する　・　希望しない |
| 3　介護予防・生活支援サービス従事者研修会 |  |
| (1) | 修了者の雇用状況 | 雇用あり（　　　人）　・　雇用なし※医療・介護・福祉の専門資格保有者は除く |
| (2) | 修了者対象のガイダンス会への参加（※２）研修修了者を主な対象者（３０名程度）として、研修最終日に合わせて、ガイダンス会（介護サービス事業所等の合同説明会）を実施予定です。 | 参加したい　・　参加しない　・　わからない※今年度はR6年2月9日(金)に実施予定 |
| (3) | 今後、研修会修了者を雇用へ繋げていくために、研修会のカリキュラムにサービス事業所での体験実習の追加等を検討しています。体験実習の受入先としての対応の可否について、ご回答ください。 | 可　・　不可　・　要検討※現時点でのご意見で問題ございません。体験実習を実施することになった場合には、改めて回答をお願いさせて頂きます。 |
| (4) | 体験実習のカリキュラムで実施した方がよいと考えられる内容やご意見等あれば、ご回答ください。 |  |
| 4　来年度以降の基準緩和型サービス参入事業所連絡会で実施した方が良いと考えられる内容やご意見等ありましたら、ご回答ください。 |  |
| ※１ 掲載を希望する場合は、市HPから事業所紹介様式をダウンロードし、メールにてデータ提出をお願いします。※2　ガイダンス会の詳細等は全事業所へ改めて案内を送付予定です。 |