

## 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 ）

平成 年 月 日

（ふりがな）

企業・事業所等名称

代表者職名 氏名

印

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◆<br>（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。<br><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。<br>（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<br>（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 P R                        | ※全角 200 文字以内（任意）   |                               |
| ホームページ用<br>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。<br>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。<br>（送付方法は代表者写真と同じです）<br><br><input type="checkbox"/> 無   |                               |

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