

# 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）

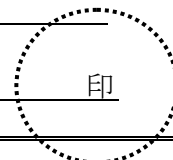
- 社内報への掲載、管理職員研修の実施により、介護休業制度の周知、取得の促進に努めます。
- 介護休業期間を通算120日までとします。
- 介護休暇について、時間単位での取得を認めます。
- 介護のために一旦退職した社員を再雇用する制度を導入します。
- 仕事と介護の両立を支援するため、業務の効率化を図り、長時間労働を抑制します。

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。

平成 年 月 日  
（ふりがな）  
 企業・事業所等名  
 代表者職名 氏名

◆ ←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。

代表者印を押印



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 ◆ （両項目のチェックが登録の要件です）	<input type="checkbox"/> 当事業所の事業主関係ありません <input type="checkbox"/> 福岡県介護応援宣言に同意します。 （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）	・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 <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	<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。	
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 <input type="checkbox"/> 宿泊業、飲食サ <input type="checkbox"/> 生活関連サービ <input type="checkbox"/> 教育、学習支援 <input type="checkbox"/> 医療、福祉 <input type="checkbox"/> 複合サービス事 <input type="checkbox"/> サービス業(他 <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	
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	<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ます。」

【 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	} 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。
担当者部署	
TEL *	
FAX *	
メールアドレス *	毎月、宣言企業の方々へ両立支援に関する情報を集めた <u>メールマガジン</u> 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。
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。 >