（別添）

**令和７年度　介護人材確保定着総合推進事業**

介護職員等処遇改善加算のキャリアパス要件等整備のための専門家派遣依頼書

|  |
| --- |
| 社会福祉法人　福井県社会福祉協議会事務局長　様 |
|  | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

下記の内容について、専門家のアドバイスをいただきたく専門家の派遣を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人・会社名 |  |  |
| 事業所名 |  |  |
| 代表者名 |  |  |
| 所在地 | 〒　　　　－　　　 |  |
| TEL | －　　　－ | FAX | －　　　－ |  |
| 介護保険サービスの種類(該当する項目に✔を入れる。) | 　□ ①訪問介護 □ ②訪問入浴介護 □ ③通所介護　□ ④通所リハビリテーション □ ⑤短期入所生活介護 □ ⑥短期入所療養介護　□ ⑦特定施設入居者生活介護 □ ⑧介護老人福祉施設 □ ⑨介護老人保健施設　□ ⑩定期巡回・随時対応型訪問介護看護 　　⑪小規模多機能型居宅介護　□ ⑫地域密着型通所介護 □ ⑬地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　□ ⑭認知症対応型共同生活介護 □ ⑮認知症対応型通所介護　□ ⑯看護小規模多機能型居宅介護 ⑰夜間対応型訪問介護　　⑱介護医療院※上記介護保険サービスの介護予防事業所も対象とする。 |  |
| 介護保険の事業所数 | 　　　　　　　か所 | 左記事業所の総職員数 | 　　　　　　人 | 左記の内、介護職の職員数 | 　　　　　 人 |  |
| 担当者氏名 |  | 担当者役職等 |  |  |
| E－Mail |  |  |
| アドバイスを希望する内容(可能な限り詳細に記入) |  |  |
| 派遣希望日 | **第１希望　　　　　月　　　日(　　)　　　午前・午後　　　時　　　分から****第２希望　　　　　月　　　日(　　)　　　午前・午後　　　時　　　分から****第３希望　　　　　月　　　日(　　)　　　午前・午後　　　時　　　分から** |  |

※注１　派遣希望日の２週間前を目途にご依頼ください。アドバイスを希望する内容、派遣希望日により

本会が専門家を選定し、派遣日時の調整等を行います。

※注２　専門家のアドバイスは、１回あたり２時間程度を目安とします。