|  |
| --- |
| 資格取得支援内容アンケート |

**設問１　貴法人・事業所についてお伺いします。記入例を参考に、あてはまる選択肢の番号に○を付け、又は記述にて御回答ください。**

**※社会福祉法人以外の場合、所在地の異なる事業所についての回答は必要ありません。また、同一所在地であっても外来病棟や学校、幼稚園等の福祉・介護事業所以外の内容についての回答は必要ありません。**

ア　該当する法人種別に○を付け、法人名又は事業所名を御記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　社会福祉法人 | | 法人名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ２　社会福祉法人以外 | | 社名又は事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ⇒上記で「２」と回答した方は法人種別に○を付け、必要に応じて御記入ください。 | | | | |
| ａ　医療法人 | ｂ　株式会社 | | ｃ　有限会社 | ｄ　ＮＰＯ法人 |
| ｅ　財団法人 | ｆ　社団法人 | | ｇ　その他（　　　　　　　　　　　） | |

イ　平成27年10月１日現在で実施している**「正規職員（無期雇用職員）」及び「非正規職員（有期雇用職員）」**に対する資格取得支援の内容について、該当するものすべてに○を付け、又は記述にて下記の表に御記入ください。

**（１）正規職員（無期雇用職員）への支援**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格名 | 支援の有無 | 支援内容 |
| １　介護職員  初任者研修 | 有 ・ 無 | ａ　受講費用負担　（ 一部 ・ 全額 ）  ⇒「一部」と回答の場合、その上限額は次のうちどれですか。  (ａ)　定率・定額のいずれか安い方 ※  (ｂ)　定率（　　　　　　割）  (ｃ)　定額（　　　　　　円）  ※「(ａ)」に○を付けた場合は、「(ｂ)」及び「(ｃ)」の記入欄に上限となる負担の率及び額の両方を記入してください。  ｂ　スクーリング日程は出勤日扱いとしている。  ｃ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格名 | 支援の有無 | 支援内容 |
| ２　介護職員  実務者研修 | 有 ・ 無 | ａ　受講費用負担　（ 一部 ・ 全額 ）  ⇒「一部」と回答の場合、その上限額は次のうちどれですか。  (ａ)　定率・定額のいずれか安い方 ※  (ｂ)　定率（　　　　　　割）  (ｃ)　定額（　　　　　　円）  ※「(ａ)」に○を付けた場合は、「(ｂ)」及び「(ｃ)」の記入欄に上限となる負担の率及び額の両方を記入してください。  ｂ　スクーリング日程は出勤日扱いとしている。  ｃ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３　介護福祉士 | 有 ・ 無 | ａ　国家試験の受験費用負担　（ 一部 ・ 全額 ）  ⇒「一部」と回答の場合、その上限額は次のうちどれですか。  (ａ)　定率（　　　　　　割）  (ｂ)　定額（　　　　　　円）  ｂ　独自の勉強会等の受講　（ 業務内 ・ 業務外 ）  　※受講時間について「時間外手当(残業代)」を支給する場合は、業務内に含みます。  ｃ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４　その他①  （　　　　　　） | 有 ・ 無 |  |
| ５　その他②  （　　　　　　） | 有 ・ 無 |  |

※資格名その他の（　）は、社会福祉主事、社会福祉士、介護支援専門員、看護師等の福祉・介護関係資格を御記入ください。（（２）も同じ。）

**（２）非正規職員（有期雇用職員）への支援**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格名 | 支援の有無 | 支援内容 |
| １　介護職員  初任者研修 | 有 ・ 無 | ａ　受講費用負担　（ 一部 ・ 全額 ）  ⇒「一部」と回答の場合、その上限額は次のうちどれですか。  (ａ)　定率・定額のいずれか安い方 ※  (ｂ)　定率（　　　　　　割）  (ｃ)　定額（　　　　　　円）  ※「(ａ)」に○を付けた場合は、「(ｂ)」及び「(ｃ)」の記入欄に上限となる負担の率及び額の両方を記入してください。  ｂ　スクーリング日程は出勤日扱いとしている。  ｃ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２　介護職員  実務者研修 | 有 ・ 無 | ａ　受講費用負担　（ 一部 ・ 全額 ）  ⇒「一部」と回答の場合、その上限額は次のうちどれですか。  (ａ)　定率・定額のいずれか安い方 ※  (ｂ)　定率（　　　　　　割）  (ｃ)　定額（　　　　　　円）  ※「(ａ)」に○を付けた場合は、「(ｂ)」及び「(ｃ)」の記入欄に上限となる負担の率及び額の両方を記入してください。  ｂ　スクーリング日程は出勤日扱いとしている。  ｃ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３　介護福祉士 | 有 ・ 無 | ａ　国家試験の受験費用負担　（ 一部 ・ 全額 ）  ⇒「一部」と回答の場合、その上限額は次のうちどれですか。  (ａ)　定率（　　　　　　割）  (ｂ)　定額（　　　　　　円）  ｂ　独自の勉強会等の受講　（ 業務内 ・ 業務外 ）  　※受講時間について「時間外手当(残業代)」を支給する場合は、業務内に含みます。  ｃ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４　その他①  （　　　　　　） | 有 ・ 無 |  |
| ５　その他②  （　　　　　　） | 有 ・ 無 |  |

**設問２　貴法人・事業所の１年間（平成26年10月１日から平成27年９月30日まで。以下同。）の雇用管理状況ついてお伺いします。記入例を参考に下記の表に御記入ください。**

**※この設問は、「設問１ イ」との関係性を調査するものであり、回答内容によって不利益が生じることはありません。また、法人・事業所ごとの回答内容を個別に公表することもありません。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | 在籍者数(※1) | １年間の採用者数 | １年間の離職者数 |
| １　正規職員  （無期雇用職員） | 人 | 人 | 人 |
| ２　非正規職員  　（有期雇用職員） | 人 | 人 | 人 |

**※１　在籍者数は、平成27年10月１日現在の在籍者数を御記入ください。**

**アンケートは以上です。　御協力ありがとうございました。**

**提出は、平成28年１月22日（金）までにお願いいたします。**