

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	(ふくしんぼうしの会)
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	<p><input checked="" type="checkbox"/> a 受講費用負担 (一部・<input checked="" type="checkbox"/>全額)</p> <p>⇒「一部」と回答の場合、その上限額は次のうちどれですか。</p> <p>(a) 定率・定額のいずれか安い方 ※</p> <p>(b) 定率 () 割</p> <p>(c) 定額 () 円</p> <p>※「(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。</p> <p><input type="checkbox"/> b スクーリング日程は出勤日扱いとしている。</p> <p>c その他 ()</p>

資格名	支援の有無	支援内容
2 介護職員 実務者研修	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> a 受講費用負担 (一部・ <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> b スクーリング日程は出勤日扱いとしている。 <input type="checkbox"/> c その他 ()
3 介護福祉士	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> a 国家試験の受験費用負担 (一部・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> b 独自の勉強会等の受講 (<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> c その他 ()
4 その他① (社会福祉主事)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	[通信講座受講費用の5割を負担。]
5 その他② ()	有	[]

※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・ <input type="checkbox"/> 無	<p>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。</p> <p>b スクーリング日程は出勤日扱いとしている。</p> <p>c その他（ ）</p>
2 介護職員 実務者研修	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	<p><input checked="" type="checkbox"/>a 受講費用負担（<input checked="" type="checkbox"/>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。 <input checked="" type="checkbox"/> (a) 定率・定額のいずれか安い方 ※ (b) 定率（ 3割） (c) 定額（50,000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。</p> <p>b スクーリング日程は出勤日扱いとしている。</p> <p>c その他（ ）</p>
3 介護福祉士	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	<p><input checked="" type="checkbox"/>a 国家試験の受験費用負担（<input checked="" type="checkbox"/>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） <input checked="" type="checkbox"/> (b) 定額（5,000円）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>b 独自の勉強会等の受講（業務内・<input checked="" type="checkbox"/>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。</p> <p>c その他（ ）</p>
4 その他① （ ）	有	〔 〕
5 その他② （ ）	有	〔 〕

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。）の雇用管理状況に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はありません。

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)	80人	4人	2人
2 非正規職員 (有期雇用職員)	120人	12人	8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）までをお願いいたします。