

# 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	( )
<input checked="" type="checkbox"/>	社会福祉法人以外	社名又は事業所名	( デイサービスふくしんぼうし )
⇒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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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>



## (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（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。 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（5,000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、業務内に含まれます。 c その他（）
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)	5人	1人	1人
2 非正規職員 (有期雇用職員)	20人	3人	2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。