**令和２年度　介護人材確保基盤整備事業**

介護職員処遇改善加算のキャリアパス要件整備のため**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 |  |  |
| 代表者名 |  |  |  |
| 法人所在地 | 〒　　　　－　　　 |  |
| 施設・事業所住所 | 〒　　　　－　　　 |  |
| 施設・事業所TEL | －　　　－ | 施設・事業所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介護療養型医療施設 □ ⑪定期巡回・随時対応型訪問介護看護　□ ⑫小規模多機能型居宅介護 □ ⑬地域密着型通所介護　□ ⑭地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 □ ⑮認知症対応型共同生活介護　□ ⑯認知症対応型通所介護 □ ⑰看護小規模多機能型居宅介護　□ ⑱夜間対応型訪問介護 □ ⑲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。 |  |
| 担当者氏名 |  | 担当者役職 |  |  |
| 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****第２希望　　　　　月　　　日(　　)　　　午前・午後　　　時　　　分****第３希望　　　　　月　　　日(　　)　　　午前・午後　　　時　　　分** |  |

※注１　アドバイスの希望内容により専門家を派遣できない場合があります。

※注２　派遣する専門家は本会が選定し、派遣日時を調整します。１回２時間程度を目安とします。