様式第４号

家事支援又は育児支援の派遣実績がある事業所に関する事項

　　年　　月　　日

西原町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業者名称

代表者職氏名

＜法人の概要＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | |
| 代表者名 |  | | | |
| 所在地 | 〒　　　－ | | | |
| 事業所の所在地 |  | | | |
| 役員数 |  | 職員数 | |  |
| 職員体制や資格保有者の状況がわかるもの提出してください。  ＜法人の事業実績＞  家事支援又は育児支援事業等、これまでの事業年数及び事業実績等を記入してください。 | | | | |
| 事業名 | 事業年数 | | 事業内容・実績等 | |
|  |  | |  | |

＜訪問支援員の研修体制＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修内容  ※実施している内容に○を付けてください。 |  | 個人情報の適切な管理や守秘義務について |
|  | AED（自動体外式除細動器）の使用方法や心肺蘇生等の実習を含んだ救急救命講習 |
|  | 事故防止に関する講習 |
|  | その他（具体的な内容を記入してください） |