

豊田市職場改善コーディネーター派遣事業 申込書

以下の必要事項をご記入の上、豊田市介護保険課宛てに
FAX（0565-34-6034）で提出してください。

法人名	所在地 〒
事業所名	
主な事業（○で囲んでください） 1.訪問介護 2.訪問入浴介護 3.訪問看護 4.訪問リハビリテーション 5.夜間対応型訪問介護 6.定期巡回・随時対応型訪問介護看護 7.小規模多機能型居宅介護 8.看護小規模多機能型居宅介護 9.通所介護 10.地域密着型通所介護 11.認知症対応型通所介護 12.通所リハビリテーション 13.短期入所生活介護 14.短期入所療養介護 15.認知症対応型共同生活介護 16.特定施設入居者生活介護 17.地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 18.介護老人福祉施設 19.介護老人保健施設 20.介護医療院 21.住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 22.軽費老人ホーム 23.居宅介護支援 24.その他（ ）	
TEL - -	FAX - -
メールアドレス	@
ご担当者（役職）（氏名）	

相談内容	相談されたいテーマとして該当する項目に全て○をしてください。 1. 情報共有を、効率よく正確に行うことに関する相談 2. 業務効率化、サービス向上に向けた業務標準化、イレギュラー対応などに関する相談 3. 公正・公平な人事制度・賃金体系の導入に関する相談 4. 人材確保・定着に向けた取組に関する相談 5. 処遇改善加算の職場等環境要件への対応に関する相談 6. 人材不足解消のための採用方法、SNSの活用方法に関する相談 7. 生産性向上委員会の進め方に関する相談 8. ICT・ロボットなどのテクノロジーの導入・活用に関する相談 9. その他 ()
	上記の選択したテーマごとに、問題点と現状の取組みについて具体的に御記入ください。

※ご提出後、上記内容について委託先(介護労働安定センター)より詳しくヒアリングさせていただきます。

申込方法：豊田市介護保険課宛てにFAX 0565-34-6034
申込期限：令和8年6月30日（火）まで