

平成28年12月吉日

各 位

公益社団法人福岡県介護福祉士会
副会長 藤野 裕子
(事業所責任者制担当)

事業所責任者制 登録のお願い

拝啓 師走の候、時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。日頃は本会の運営にご協力を頂き、誠にありがとうございます。

さて、労働環境や給与の問題から介護人材不足が深刻になる等、私たち介護福祉士を取り巻く環境は年々厳しくなっております。このような状況の中、本会では政策提言を行うなど、介護の現状を少しでも改善できるように力を注いでいるところです。

今後も私達の大きな目標である「介護福祉士の専門性の確立」、「介護福祉士の社会的地位の向上」に邁進していくためには、会員拡大を含めた組織強化の取り組みが不可欠と感じているところです。この組織強化の取り組みの一環として、標題の通り「事業所責任者制」を導入しております。会の活動に積極的に参加し、活躍していただいておりますみなさまに、「事業所責任者制」にもご協力を頂きたくお願い致します。「事業所責任者制」の詳細は、裏面の通りとなっておりますのでご参照下さい。

お忙しい時に大変恐縮ですが、登録申込書は平成29年1月末までに介護福祉士会までFAXまたは郵送にてお送りください。

敬具

【送付先】

〒812-0012

福岡市博多区博多駅中央街7-1-5F

公益社団法人福岡県介護福祉士会 (担当：吉澤)

TEL 092-474-7015 FAX 092-436-5234

公益社団法人福岡県介護福祉士会 事業所責任者制

本会では、会員の方々に本会の活動情報提供や、未会員の方々に本会の目的、研修案内、活動情報などを広く知っていただくために、事業所の責任者制をもうけています。

本会は、常に介護福祉士の専門性の確立、社会的地位の向上などを目指し、社会に貢献していくことを念頭に活動しております。

事業所の責任者の方には、次のことをお願いいたします。

- 研修会・イベント等の案内
- 総会開催に関し、出席届・委任状の提出声かけ、取りまとめ
- 未入会の介護福祉士資格保持者への入会案内
- 組織強化の取り組みへの協力
- その他、発生した連絡事項等の事業所内の会員への伝達 など

本会の更なる発展のために、一人でも多くの方のご協力をお願い致します。

事業所責任者制 登録申込書

公益社団法人福岡県介護福祉士会 行(FAX 092-436-5234)

氏名		会員番号	40-
住所			
昼間連絡が取れる電話番号		FAX 番号	
事業所名			
事業所住所	〒		
事業所電話番号		事業所 FAX 番号	