（様式第３-３号）

外国人介護人材採用計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |

本事業の活用により、貴法人の県内施設・事業所に採用予定の外国人介護人材等について記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| １　採用（予定）時期 |  |
| ２　採用（予定）人数 |  |
| ３　在留資格 |  |
| ４　受入予定事業所名(所在市町名) |  |

５　海外現地での活動後の採用活動及び受入準備計画

|  |  |
| --- | --- |
| 時期 | 内容 |
| 受　入決定後 |  |  |
| 施　設受入後 |  |  |

６　静岡県委託事業「静岡県国際介護人材サポートセンター（受託者：社会福祉法人静岡県社会福祉協議会　静岡県社会福祉人材センター）」の利用実績

|  |  |
| --- | --- |
| 確認項目 | 該当有 |
| 外国人介護人材獲得のため、静岡県国際介護人材サポートセンターを利用したことはありますか？（該当する場合は右欄に○をつけてください。） |  |

　【○の場合は以下を記入してください】

|  |  |
| --- | --- |
| 日時 | セミナー名 |
|  |  |
|  |  |

※今後、活動の進捗確認のため、上記内容について県が照会等を行う場合がありますので、御了承ください。