

専門家にアドバイスを受けてみませんか！

# 無料相談のご案内

～『魅力ある職場づくり』を応援します！～

オンライン  
相談も可



こんなご相談ありませんか？

## 雇用管理等に関する相談

介護事業所の事業主や管理者の方を対象に、雇用管理改善に係る課題整備について、社会保険労務士・中小企業診断士・コンサルタント・弁護士などが相談に応じます。

- ・ **人事制度** 勤務体系・職務基準・人事考課など
- ・ **賃金体系** 昇給・各種手当・賃金規定など
- ・ **就業規則** 労働基準法・就業規則見直しなど
- ・ **助成金の活用等** 助成金を活用して雇用管理環境を整備したい。など

## 健康管理やメンタルヘルス等の相談

介護の職場で働く方の働きやすい職場環境づくりをお手伝いするため、産業カウンセラーなどが相談に応じます。

- ・ **健康管理** 腰痛予防や感染症予防など
- ・ **ストレス対策／メンタルヘルス** ストレスの軽減方法や精神衛生の確保など

## 教育・研修にかかるご相談

職業能力（介護職員の研修・スキル）の向上を目指し、介護事業主の抱える課題についてアドバイスをします。

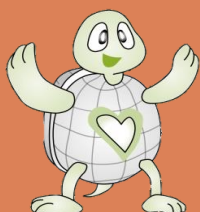
### 【ご相談事例】

・ **研修計画の策定** ・ **リーダー職員の育成** ・ **キャリアパスの構築** ・ **助成金を活用した職員研修計画**  
専門家等に直接、個別相談をすることができます。（訪問又は窓口）ご相談の上、検討課題、問題点を整理し、研修内容・計画のお手伝いをします。

## お申込み・お問い合わせ

公益財団法人 介護労働安定センター 栃木支部 担当：梅澤・石村  
TEL:028-643-6445 FAX:028-643-6448 E-MAIL:tochigi@kaigo-center.or.jp

- 相談場所は、当センター事務所または、貴事業所にて行う事もできます。
- お申込みは裏面の申込用紙に必要事項を記入の上、FAX・郵送でお送りください。
- 相談内容は秘密厳守いたします。お気軽にお問合せください。





FAX 028-643-6448

(公財)介護労働安定センター 栃木支部 宛

申込日：令和 年 月 日

|                                  |                                                                                                 |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>相談事項</b><br>相談事項に○印をしてください。   | 1.雇用管理等に関する相談<br>2.健康管理やメンタルヘルス等の相談<br>3.研修にかかるご相談（研修コーディネイト事業）                                 |
| <b>相談内容</b><br>相談内容を簡単に記入してください。 | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>オンライン対応希望の有無</div> <div>希望する ・ 希望しない</div> |

|                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                       |    |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| <b>事業所名</b>                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |    |       |
| <b>所在地</b>                                                                                                                                                                                                      | 〒                                                                                     |    |       |
| <b>連絡先</b>                                                                                                                                                                                                      | 電話番号                                                                                  | -  | FAX番号 |
|                                                                                                                                                                                                                 | メールアドレス @                                                                             |    |       |
| <b>申込者氏名</b>                                                                                                                                                                                                    | フリガナ                                                                                  | 役職 |       |
|                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                       |    |       |
| <b>希望の連絡方法</b><br>(該当に☑)                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX |    |       |
| <b>【特定商取引法改正に伴う有料講習広告送信の承諾について】</b><br>今後開催予定の有料講習・セミナー等募集チラシ送信の承諾に関して、チェックをお願いします。<br><input type="checkbox"/> メール送信 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX送信 <input type="checkbox"/> 承諾しない |                                                                                       |    |       |

相談実施希望日時

|             |                     |
|-------------|---------------------|
| <b>第一希望</b> | 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 ~ |
| <b>第二希望</b> | 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 ~ |
| <b>第三希望</b> | 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 ~ |

※申込書に記載された内容については、当センターの個人情報管理規定に従い厳重に管理し、相談支援に必要な範囲で使用するほか、当センターの事業ご案内に使用させていただきます。それ以外の目的には使用いたしません。

<介護センター記入欄>