

滋賀の縁創造実践センター

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会会長 様

(法人名) \_\_\_\_\_

(事業所名) \_\_\_\_\_

(代表者名) \_\_\_\_\_ (印)

抱え上げない介護推進事業所推奨申請書(令和 年度)

「抱え上げない介護推進事業所」の推奨を受けたいので、下記により申請します。

記

- 【添付】 ①事業所で定めた「抱え上げない介護」関係マニュアル(最新のもの)  
※事業所の業務マニュアルの関係部分の抜粋や分冊のものでも可。
- ②別紙様式第1号—2 抱え上げない介護推進事業所推奨チェックリスト
- ③別紙様式第1号—3 抱え上げない介護推進体制等確認資料