

<医療・介護・福祉>新卒採用等に関する調査票

①事業所概要

事業所名 (法人名+施設名)	(フリガナ)		
代表者	(役職)	(氏名)	
事業所所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
ホームページ URL			
業種	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 障害者施設 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 児童福祉施設 <input type="checkbox"/> その他()		
設立年月日	西暦 年 月 日		
資本金	万円	従業員数	人
事業所紹介 <small>200字程度で会社のPRをご記入ください。</small>			

②本調査票に関するお問い合わせ先

部署名		担当者名	
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			

③令和9年(2027年)4月以降の採用予定

区分		採用の有無 ※1	必要な資格 ※2
新卒採用	高校卒	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定 (月頃)	<input type="checkbox"/> 不問
	短大・専門学校卒	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定 (月頃)	<input type="checkbox"/> 不問
	大学卒	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定 (月頃)	<input type="checkbox"/> 不問
	中途採用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定 (月頃)	<input type="checkbox"/> 不問

※1 採用の有無が未定の場合は、何月頃に明らかになるかご記入ください。

※2 資格について特に規定がない場合は 不問に✓を入れてください。

学生に向けたメッセージ 200字程度でご記入ください。	

④「③令和9年(2027年)4月以降の採用予定」において、採用が「有」の場合、太枠部分の市ホームページへの掲載の可否

可 不可

※太枠で囲まれた情報を掲載させていただきます。

⑤令和7年(2025年)4月以降の採用実績及び令和8年(2026年)4月採用見込み

区分	2025年4月以降の採用実績		2026年4月採用見込み	
	採用人数	うち市内出身者	採用人数	うち市内出身者
新卒採用	高校卒			
	短大・専門学校卒			
	大学卒			
	中途採用			

⑥学生や保護者対象の職場見学や学校への講師派遣等の機会がございましたら、ご協力いただけますか。

職場見学

可 不可

講師派遣

可 不可

⑦事業継続計画(BCP)を策定していますか。

(BCPとは企業が災害などの緊急事態に遭遇した場合、損害を最小限にとどめつつ、事業の継続あるいは早期復旧を可能とするために、各種の対応を取り決めておく計画のことです。)

策定している

これから策定する予定である

策定する予定はない

(ご意見や海南市に実施してもらいたい雇用促進事業の案等ございましたらご記入ください)