

様式第 1 号

大分県ノーリフティングケア先進施設指定申請書

令和 年 月 日

大分県社会福祉協議会会長 殿

(施設名)

(住 所)

(代表者職・氏名)

印

大分県ノーリフティングケア先進施設(マスター・アドバンス)の指定を受けたいので、
下記のとおり、関係書類を添付して申請します。

記

- 1 ノーリフティングケアに組織的に取り組んでいることが分かる書類
- 2 ノーリフティングケアによる職員の労働安全衛生面での改善実績が分かる書類
- 3 ノーリフティングケアの視点でのアセスメント・プランニング行われ、統一的なケア
が実践されていることが分かる書類
- 4 ノーリフティングケアに係る職員研修が計画的に実施され、職員の理解のもとケアが
実践されていることが分かる書類
- 5 ノーリフティングケアを実施するための福祉道具等の整備及び用具管理の状況が分か
る書類

※ 1) 「アドバンス」または「マスター」の指定申請に対応して、必要ない部分に二重線を
引いてください。

2) 「マスター」の指定申請については、現地調査を実施します。

3) 提出書類の例を別紙 3 に記載しているので、参照してください。