

「介護職員等処遇改善加算」専門家による無料相談申込書

令和 年 月 日

事業所名	サービス名()		代表者名	
所在地	〒 TEL: FAX: E-mail(オンライン希望の場合は必須):			
申込者名			役職	
「処遇改善加算」の 取得状況に○	Ⅲ / Ⅳ / なし			
新規対象サービスは 該当に○	訪問看護・訪問リハビリ・居宅介護支援・介護予防支援			
いずれか に○	対面希望		/ オンライン希望	
相談内容 番号に○ (複数可)	1	処遇改善加算を取得するためには何をすべきか	6	昇給の仕組みについて
	2	加算 Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ について	7	就業規則・賃金規定の改定等について
	3	新規対象サービスの加算について	8	計画書・報告書の記入内容について
	4	加算の要件について	9	処遇改善加算を取得するとどのくらい加算額が得られるのか？
	5	処遇改善加算の支給方法について	10	その他、質問や相談したい内容をお書きください
実施 希望日時	第1希望日 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
		第2希望日 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
実施日	【事務局使用欄】 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			

※「相談申込書」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、専門家(コンサルタント)・支部職員による日程調整、内容確認及び事業活動に関する調査のみに使用し、上記以外の目的で使用いたしません。

【お申し込み・お問い合わせ先】


 公益財団法人 介護労働安定センター 石川支部
 〒920-0907 金沢市青草町88番地 近江町いちば館5階
 TEL/FAX 076-260-1561 / 076-260-1562

センター受付印