公益財団法人　介護労働安定センター　石川支部　行き　　FAX:076-260-1562

「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	
「新加算」取得状況に〇	Ⅲ　・　Ⅳ　・　なし		
いずれかに〇	対面希望　／　オンライン希望		

相談内容番号に〇（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
	2	新加算　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　とは何か	7	就業規則・賃金規定の改定
	3	新加算　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　の作成	8	計画書・報告書の記入内容
	4	新加算　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ要件を満たす方法	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ますか？
	5	処遇改善加算の支給方法	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。

センター受付印

【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