

※ FAXでお申込みの場合は、本紙にご記載後送信してください。

記入日 令和 年 月 日

※ ※兵庫県内（神戸市・尼崎市・西宮市・明石市・姫路市を除く） 障害福祉施設・事業所で加算算定対象サービスのみのみ				
法人名				
事業所名				
サービス 種別				
相談希望 場所		住 所 〒		
申込者名 役職		代表者名		
TEL		FAX		
☐ オンライン相談希望 ※ メールアドレス		※オンライン相談のURLを送信しますので必ずご記入ください @		
現行加算算区分に○		未取得 I II III IV ()		
項 目		具体的な相談内容（該当する□にチェックをしてください）		
職場環境要件		☐ 資質の向上 ☐ 職場環境・処遇の改善 ☐ その他 ()		
キャリアパス要件		☐ 制度内容 ☐ 算定要件 ☐ その他 ()		
労務関係		☐ 就業規則の改訂 ☐ 賃金規定の改訂 ☐ その他 ()		
月額賃金改善要件		☐ 要件Ⅰ ☐ 要件Ⅱ ☐ その他 ()		
※相談内容 具体的に		☐ ランクアップしたい ☐ 現状の確認・見直し		
相談ご希望日時 ※ ご希望に添えない 場合もあります		①		② ③
同意事項		下に記載の「オンライン相談における禁止事項及び注意事項」をご確認、ご了承のうえお申込みください。右欄にチェックをお願いします。 <u>（※ 同意いただけない場合は、オンラインでの対応はできません）</u>		☐ 同意する
<オンライン相談における禁止事項及び注意事項> ※ お申込みの際は必ずご確認、ご同意をお願いします。				
◆禁止事項◆ ●オンライン相談のURLとパスワード等の第三者への転用、貸与、SNS上への掲載。●オンライン相談における著作権を侵害する行為を行うこと。 ●オンライン相談の録画・録音・撮影、スクリーンショットやダウンロードおよび資料の無断複写や転用、転載等。				
◆注意事項◆ ●オンライン相談の視聴の際、インターネット利用環境等についてのご質問はお受け出来かねますので、予めご了承ください。 ●オンライン相談に必要な機材や通信費は事業者様でご負担ください。スマートフォン等による視聴は、パケット通信料定額制に加入していない場合、特にご 注意ください。 ●オンライン相談の際、事業所様におかれましても使用するPC等のセキュリティ対策は行っていたかどうかをお願いします。事業所様にセキュリティ対策が講じられていないことが原因で、PCウイルスに感染するなどして損害が発生した場合、当該事業者様にも一定の賠償賠償責任を負っていただくことがあります。				