令和8年度 鹿児島市委託事業 障害福祉サービス事業所等サポート事業

# 福祉・介護職員等処遇改善加算 新規取得・上位加算移行を目指す研修会

のご案内

- 研修会において加算の取得要件、必要な取組みを説明
- ご希望により専門家が各事業所ごとの相談は対応
  ※個別相談別途案内申込書有

受講料 無料

## ❖ 研修会日程等 ❖

### 研修a：新規取得・上位移行の取得要件

開催日●令和8年11月10日(火) 10:00～12:00
会場：ホテル自治会館 402号室 【鹿児島市鴨池新町７－４】
講 師：福壽 晶子氏 （労務管理オフィス 結）

### 研修b：改善計画書・実績報告書作成

開催日●令和8年12月 3 日(木) 13:30～15:30
会場：ホテル自治会館 402号室 【鹿児島市鴨池新町７－４】
講 師：齋藤 佳那子氏 （あらた社会保険労務士オフィス）

研修ａ，ｂともハイブリッド開催！
会場とWEB、ご都合に合わせてご参加ください

対 象：処遇改善加算の新規取得・上位移行を検討されている鹿児島市の障害福祉サービス法人・事業所
定 員：各研修30名程度（会場とWEB）※定員になり次第、受付締切

取得要件の確認・整備等、処遇改善加算取得に関する相談は「個別相談」をご活用ください。

公益財団法人介護労働安定センター 鹿児島支部
鹿児島市鴨池新町6番6号鴨池南国ビル11階 TEL:099-255-6360 FAX:099-255-6361

# 鹿児島市委託事業 障害福祉サービス事業所等サポート事業
# 実務研修会a/b申込書

☆お申込み先☆　FAX：099-255-6361

E-mail:kaigokagoshima@kaigo-center.or.jp

1）下記にご記入後、FAX、またはメールにてお申し込みください
2）申込書受理後、センターより受付のご連絡をいたします
　ご連絡の無い場合はお問合せ下さい。【☎099-255-6360】
3）既定の申込みとなり次第、募集を終了いたします
4）研修会は感染症等の状況により、オンラインのみの開催へ変更が
　ございますこと、ご承知おきください
5）個別相談は、専門家とご担当者さまとの日程調整により決定します

| 整理番号 | 受付印 |
|---|---|
| | |

🌸記入漏れの無いよう、ご確認ください🌸

| | | | |
|---|---|---|---|
| 法　人　名 | | | |
| 事 業 所 名 | | | |
| 主なサービス内容 | | | |
| ご 担 当 者 | | 事業所以外で希望の場合 | （　　）　－ |
| 事 業 所 住 所 | （〒　－　） | | |
| 事業所電話番号 | （　　）　－ | FAX番号 | （　　）　－ |
| メールアドレス（オンライン・連絡時使用） | @ | | |
| 現時点の加算取得状況を〇で囲んでください | Ⅰ－イ　Ⅰ－ロ　Ⅱ－イ　Ⅱ－ロ<br>Ⅲ　Ⅳ　未取得　不明 | | |
| 研修会参加者<br>・参加希望の研修・形態を〇で囲んでください | 氏名（ふりがな）　役　職 | | |
| | 研修 a（ 会場 ・ WEB ）　/　研修 b（ 会場 ・ WEB ） | | |
| | 氏名（ふりがな）　役　職 | | |
| | 研修 a（ 会場 ・ WEB ）　/　研修 b（ 会場 ・ WEB ） | | |

令和８年度鹿児島市委託事業 **障害福祉サービス事業所等サポート事業**

# 個別相談 申込書

公益財団法人介護労働安定センター　鹿児島支部

**☆お申込み先☆　FAX：099-255-6361**

**E-mail:kaigokagoshima@kaigo-center.or.jp**

## 専門家が各事業所ごとの取得(新規・上位移行）、運用方法に関する個別相談へ対応します

**相談料無料**

【対象事業所】 鹿児島市管轄の障害福祉サービス事業所
【相談時間】　2時間程度／1回あたり
【相談形態】　訪問・オンライン・電話　等
【日時／場所】 個別支援アドバイザーと調整のうえ決定
【相　談 料】　無料

| | |
|---|---|
| 1）下記にご記入後、FAX、またはメールにてお申し込みください<br>2）申込書受理後、センターより受付のご連絡をいたします<br>ご連絡の無い場合はお問合せ下さい。【☎099-255-6360】<br>3）個別相談は、専門家とご担当者さまとの日程調整により決定します | 受付 |

※以外は必須です。記入漏れの無いよう、ご確認ください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 法　人　名 | | | |
| 事 業 所 名 | | | |
| 主なサービス内容 | | | |
| ご 担 当 者 | | 事業所以外で希望の場合 | （　　）　－ |
| 事 業 所 住 所 | （〒　－　） | | |
| 事業所電話番号 | （　　）　－ | FAX番号 | （　　）　－ |
| メールアドレス（オンライン・連絡時使用） | @ | | |
| 現時点の取得加算に〇をつけてください。 | Ⅰ－イ　Ⅰ－ロ　Ⅱ－イ　Ⅱ－ロ<br>Ⅲ　Ⅳ　未取得　不明 | | |
| 個別相談時の対応者 | | 役　職 | |
| 就業規則の有無 | 有　無 | 顧問社労士の有無 | 有　無 |
| 相談希望日程 ※<br>希望がある場合は記入<br>（日時・対応形態） | ①令和　年　月　日（　）　時頃～（対面・WEB）<br>②令和　年　月　日（　）　時頃～（対面・WEB）<br>③令和　年　月　日（　）　時頃～（対面・WEB） | | |