

FAX 083-920-0930

(公財)介護労働安定センター 山口支部

個別訪問相談支援 申込書(無料)

※○を 記入してください。	現在の加算区分	Ⅰ , Ⅱ , Ⅲ , Ⅳ , なし		
事業所 (※)				
代表者名				
所在地	〒			
電話番号		F A X 番号		
メールアドレス	@			
相談者氏名		役職名		

(※)対象事業所:介護サービス施設・事業所等(山口県内) 但し、下記●に該当する施設・事業所等は除く

●介護職員等処遇改善加算Ⅰ取得済み施設・事業所等

●下記の加算算定非対象サービス(介護職員が従事しないサービス)

(介護予防)訪問看護・(介護予防)訪問リハビリテーション・(介護予防)福祉用具貸与・
特定(介護予防)福祉用具販売・(介護予防)居宅療養管理指導・居宅介護支援・介護予防支援

▼具体的な相談内容(該当する番号に○・複数可)

1. 計画書及び実績報告書の作成等について
2. 算定要件を満たす方法
3. キャリアパス要件について
4. 月額賃金改善要件について
5. 職場環境等要件について
6. 昇給する仕組みと昇給の要件の設定方法
7. 就業規則・賃金規程の改定
8. 保管すべき書類と議事録について
9. その他※詳細を枠内にご記入ください

▼相談希望日

第1希望	令和 年 月 日 ()	時 分～	時 分
第2希望	令和 年 月 日 ()	時 分～	時 分

▼相談方法(希望に○)

1. 貴事業所へ専門家が訪問する	2. 当センターにお越しいただく
3. 貴事業所指定の場所に専門家が訪問する	4. 専門家事務所で相談する
5. オンラインで相談する(後日当センターの職員が接続方法等についてお知らせします)	