

受付番号

令和 年 月 日

令和7年介護職員等処遇改善加算取得支援事業相談員派遣申請書

千葉県知事 あて

法人住所

法人名

代表者職・氏名

施設・事業所名				サービス種別	
施設・事業所所在地					
常時雇用する労働者数	人	内訳	・正社員 ・パート、契約社員 ・派遣社員	人 人 人	
事業開始年月日	年 月 日			就業規則等 (※)	あり ・ なし
処遇改善加算の取得状況等 (該当するものに○印)	処遇改善加算取得状況 (II III IV なし)				
(より上位の) 処遇改善加算等 を取得できてい ない理由					
確認事項 <input type="checkbox"/> に✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 労働関係法令を遵守しています。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・□ <input type="checkbox"/> その他の法令上又は社会通念上ふさわしくないと判断されるような問題を起こしていません。・・・・・・・・□ <input type="checkbox"/> 申請書類等は派遣予定の社会保険労務士等に情報提供させていただきます。予めご了承ください。・・・・□					
担当者	氏名			施設・事業所 HP URL	
	電話番号			E-mail	
	FAX番号				

※就業規則等がある場合は写しを添付してください。

受託者使用欄

派遣日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時~	派遣手段	交通用具 (距離) km
相談員	所 属 職氏名		経路 ~ (円)