このままＦＡＸで申込みして下さい。FAX　０７３－４３１－３８２９

介護職員処遇改善加算巡回相談（社会保険労務士派遣）申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

和歌山県社会保険労務士会事務局　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者の概要 | 訪問先名称 |  |
| 所在地等 | 〒 |
| TEL： |
| FAX： |
| E-mail アドレス： |
| 就業規則の有無 | | □あり　　　□なし |
| 目標 | | □　介護職員処遇改善加算の取得（新規取得）を目指している  □　より上位の介護職員処遇改善加算の取得を目指している |
| 相談を希望  する内容  《複数選択可》 | | □　キャリアパス要件Ⅰ又はⅢに適合するため、就業規則の作成又は変更に関する助言  □　キャリアパス要件Ⅱに適合するため、資質向上の計画の策定、研修の実施や研修の機会の確保又は職員の資格取得のための支援等の内容の規程づくりに関する助言  □　職場環境等要件を満たすための規程づくりに関する助言  □　労働保険又は社会保険の加入に関する助言  □　その他、職場環境改善につながる相談に関する対応 |
| 巡回相談希望日 | | ①　　　　年　　月　　日  ②　　　　年　　月　　日  ③　　　　年　　月　　日 |

※巡回相談希望日は複数の日程を記載してください。

※当日、就業規則、労働協約等を準備してください。

※訪問回数は、原則３回を限度とし、１回のアドバイスに要する時間は２時間までです。