

## キャリアパス作成支援申込書

法人名			
住所		〒	
電話番号	F A X	電話番号	FAX
メールアドレス			
担当者名			
開設サービス		(例:通所介護、介護老人福祉施設 等)	
加算の取得状況 <small>※該当する区分に○をつけてください。</small>		処遇改善加算区分 ( I    II    III    IV    V    なし ) キャリアパス整備状況 ( 要件 I    要件 II    要件 III ) 特定処遇改善加算区分 (        I        II        なし )	
相談したいこと <small>※キャリアパス整備について社会保険労務士に相談したいことがありましたら、ご自由に記入してください。</small>			

### ～介護職員キャリアパスサポート事業（富山県委託事業）～

・ 申込先

この申込書を下記に F A X にて送付し、お申込みください。

富山県社会保険労務士会  
 富山市千歳町 1-6-18 河口ビル 2 階  
**FAX : 076-441-0255**    (TEL : 076-441-0432)

・ 追加募集の申込期限

**令和3年7月16日(金)**    ※先着申込順に決定