様式１

「令和６年度介護職員処遇改善加算等の取得促進支援事業」応募意思表明書

令和６年　　月　　日

香川県知事　殿

法人名称

代表者職・氏名

応募資格のすべてに該当することを確認し、令和６年度介護職員処遇改善加算等の取得促進支援事業業務委託への応募を申し出ます。

|  |
| --- |
| 担当者連絡先 |
| 所　　属 |  |
| 職・氏名 |  |
| 住　　所 |  |
| 電　　話 |  |
| Fax |  |
| E-mail |  |

様式２

令和６年度介護職員処遇改善加算等の取得促進支援事業に関する質問票

令和６年度介護職員処遇改善加算等の取得促進支援事業について、下記のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人（事業所）名 |  |
| 連絡先 | 担当者氏名 |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |
| 質問内容 |  |