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：生活介護、就労継続支援Ｂ型　 等） | |
| 処遇改善加算  ※該当する区分に○をつけてください。 | | 加　算　区　分  　（　　Ⅰ　　Ⅱ　　Ⅲ　　Ⅳ　　Ⅴ(1～14)　　なし　　）  キャリアパス整備状況（　　要件Ⅰ　　要件Ⅱ　　要件Ⅲ　　要件Ⅳ　　要件Ⅴ　　） | |
| 相談したいこと  ※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。 | | | |
|  | | | |

**～福祉・介護職員キャリアパスサポート事業～**

・申込先

この申込書を下記のメールアドレスに送付し、お申込みください。

富山県障害福祉課自立支援係　髙島

富山市新総曲輪１番７号

Mail：ashogaifukushi@pref.toyama.lg.jp（TEL：076-444-3212）

・申込み受付期間

**令和６年８月21日（水）～　９月24日（火）**

※　先着申込順を基本に、支援対象先を決定します。