

# 介護事業所の皆様へお知らせ

処 遇 改 善 加 算 の 未 取 得 の 事 業 主 の 方 上位加算取得をご検討している事業主の方 ぜひ、ご相談ください!

(令和7年度秋田県介護職員処遇改善加算等取得促進事業)

(公財)介護労働安定センター秋田支部では、秋田県の委託事業として、 県内の介護事業所が「介護職員等処遇改善加算」の新規取得や上位区分の 取得を希望する場合、そのサポートとして個別相談を実施します。

また、取得促進のための事業主向けセミナーも開催することとしておりますので、皆様のご利用をお待ちしております。

### 主な実施事業

### 1.取得促進セミナーの開催

オンラインで2回開催予定(開催日時は裏面及びHPでご確認ください。)

### 2. 個別相談

事前相談の後、専門家による対面又はオンラインでご相談 をいたします。



希望しない



# FAX 018-853-5178

(公財)介護労働安定センター 秋田支部宛 申込日: 年 月  $\Box$ 令和7年度処遇改善加算等取得相談申込書 1. 現在の取得状況 加算区分(記載) 1 未取得 2 取得済み どちらかにO印 事前訪問相談(当支部担当訪問) 1 原則、当支部職員が現状把握と取得希望の有無等の確認でお伺いいたします。そ の後、必要に応じて、個別相談をお受けいたします。 相談 令和 年 月 ⊟( ) 午前•午後 時頃 希望日時 1. の事前訪問相談終了後、取得希望の場合に、再度日程を打合せの上決定いたします 個別相談(対面・オンライン:希望制) 2. ご相談の流れ 2 訪問相談(コンサルタント同行) オンライン相談 (コンサルタント同行) これまでの未取得状況・今後の上位加算の希望内容等を簡単に記入してください。 ご相談希望内容 個別相談 令和 年 月 ⊟( ) 午前•午後 時頃(最大2回まで) 希望日時 当センターでは、7年度内に処遇改善加算取得に関するセミナーを開催(オンラインで2回)い たします。日程が決まり次第、ご案内差し上げますので、参加ご希望の方は下記に〇印をご記 3. セミナー 入願います。 (後日日程決定)

法人名	所在地 〒
事業所名	
サービス種類	職員数(概数)
TEL – –	FAX — —
メールアドレス	@
相談希望者(役職)	(氏名)

希望する

(後日案内チラシを送付いたします。)