|  |
| --- |
| 大分県高齢者福祉課介護職員処遇改善加算担当　行きＦＡＸ：０９７－５０６－１７３８ |

|  |
| --- |
| **令和３年度介護職員処遇改善加算等の****計画書等に係る質問票** |

○質問者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所（施設）名称 |  |
| 所在市町村 |  |
| サービス種別 |  |
| 記入者 |  |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　／FAX |

○質問内容

|  |  |
| --- | --- |
| 質問の内容 |  |
| 参照した関係資料名及びページ |  |
| 質問の項目 |  |
| 【質問の内容】 |  |
| 質問日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |