令和元年度　介護職員等特定処遇改善計画　周知証明書

宮崎県知事　殿

本事業所の職員に対し、介護職員等特定処遇改善計画書の内容を周知したことを証明します。

所在地

法人名

代表者名　　印

事業所名（事業種別）	（　　）

介護職員等特定処遇改善計画書の賃金改善内容等について説明を受け、内容を理解しましたので署名･押印します。

	氏名（自署・押印）		氏名（自署・押印）
1	印	21	印
2	印	22	印
3	印	23	印
4	印	24	印
5	印	25	印
6	印	26	印
7	印	27	印
8	印	28	印
9	印	29	印
10	印	30	印
11	印	31	印
12	印	32	印
13	印	33	印
14	印	34	印
15	印	35	印
16	印	36	印
17	印	37	印
18	印	38	印
19	印	39	印
20	印	40	印

※複数事業所を一括で届出している場合は、事業所ごとに作成してください。