

周知証明書

法人証明欄

熊本県知事 様

次に掲げる従業者に対し、介護職員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
職・氏名

印

事業所名

介護職員処遇改善計画書の改善内容について説明を受け、内容を理解しました。

従業者自署・押印欄

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

注意

事業者(法人)は、処遇改善計画書の適用対象となるすべての従業者に対し、当該計画を周知し、自署・押印によりその確認を取ること。
 本書は事業所単位で作成するものとし、自署・押印欄が不足する場合は、適宜別葉とすること。
 本書に記載する事業所名及び対象従業者数等は、計画書記載の人数等と整合させること。