

# 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)  
(法人名等)  
(代表者職・氏名)

印

事業所名

介護職員等特定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

- ①事業者・開設者(法人)は、計画書の適用対象となる全ての従業者に対し、当該計画を周知し、自署・押印によりその確認を取ること。
- ②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。
- ③本書に記載する事業所名及び対象従業者等は、計画書記載の人数等と整合させること。