送付先：大分県高齢者福祉課介護サービス事業班

ＦＡＸ：０９７－５０６－１７３７

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日：平成　　年　　月　　日

【平成30年度大分県介護サービスクオリティ向上事業】

業務改善取組実施申込書

|  |  |
| --- | --- |
| １　法人名 |  |
| ２　事業所又は施設の名称 |  |
| ３　事業所又は施設の所在地 |  |
| ４　事業所又は施設の種別 |  |
| ５　従業者数 | 全体 | 人 |
| うち介護職員 | 　　　　　　　　　　　　　　人 |
| ６　改善したい内容 |  |
| ７　目標（効果） |  |
| ８　連絡先 | 担当者名 |  |
| 郵便・住所 | 〒 |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |

（備考）４　「事業所又は施設の種別」は、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、通所介護事業所等を記入してください。