

【別紙】江戸川区介護・福祉人材緊急確保・定着奨励金事業アンケート

提出先 江戸川区福祉部障害者福祉課事業者支援係
提出期限 **令和3年7月9日(金)までにFAXでご回答ください**
F A X **03(5662)0760**

種別 _____ 介護事業所 ・ 障害福祉サービス事業所 _____

事業所名 _____

事業所電話番号 (_____) _____

回答者氏名 _____

◆該当する番号に○をお願いします。

- 1 今年度、貴事業所において申請の対象となる職員はいますか。
対象者がいる場合は人数をご記入してください。
① いる ⇒ (_____) 人
② いない
- 2 来年度、貴事業所において申請の対象となる職員はいますか。
対象者がいる場合は人数をご記入してください。
① いる ⇒ (_____) 人
② いない
- 3 昨年度、貴事業所において申請の対象となった職員で、現在も就労を継続している職員はいますか。
対象者がいる場合は人数をご記入してください。
① いる ⇒ (_____) 人
② いない
- 4 申請に関して、ご不明な点、質問等がありましたら、ご記入ください。
回答については、ホームページのQ&Aに掲載いたします。

(_____)

◎ご協力ありがとうございました。