第５号様式

**質　問　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 宛先：沖縄県保健医療介護部高齢者介護課指導班Mail:kaigo-shidou@pref.okinawa.lg.jpFAX：098-862-6325 | 質問日：令和７年　月　日枚　数：　枚（本表を含む） | （受付印） |

◆件名：令和７年度介護職員等処遇改善加算の取得促進支援事業

|  |
| --- |
| 《質問》 |
| 法人名 |  | 担当者名 |  |
| 代表者名 |  | 連絡先 | TEL：FAX： |
|  |
| 《　回　答　》 |
|  |

※質疑がない場合は、提出する必要はありません。