別紙様式２（添付書類１）

介護職員処遇改善計画書（事業所一覧表）

法　人　名	

札　幌　市

介護保険事業所番号	事業所の名称	サービス名

ページ数	総ページ数
	／

※　届け出る指定権者ごとに該当する都道府県等分のみ記載すること。