同　意　書

東京都知事　殿

＜公設事業所等の名称＞（「○○区（市町村）立○○園」等）に係る介護職員等特定処遇改善加算について、＜指定管理者等の名称＞（「社会福祉法人○○」等）の作成した介護職員等特定処遇改善計画の内容に同意します。

平成　　年　　月　　日

○○区（市町村）長　　○○　○○　　印

【担当】

○○区（市町村）○○部○○課○○係　○○

電話：

ファクシミリ：