

秋田県介護サービス事業所認証評価制度 認証申請書

年 月 日

秋田県知事

住 所	
事業者(所)名	
代表者職氏名	印

秋田県介護サービス事業所認証評価制度の認証を申請します。
認証取得後は、引き続き、職員が安心して長く働ける職場づくりに努めます。
また、秋田県公式 Web サイト「美の国あきたネット」に情報を公表することに同意します。

<認証申請書の提出先>

※ 認証申請書の提出は、郵送を基本（簡易書留を推奨）とします。

公益財団法人 介護労働安定センター秋田支部
〒010-1412 秋田市御所野下堤5丁目1-1 秋田県中央地区老人福祉総合エリア内
電 話 018-853-5177 E-mail akita@kaigo-center.or.jp

※ 認証申請書を持参する場合は、下記でも受け付けております。

秋田県健康福祉部 長寿社会課 介護人材対策班
〒010-8570 秋田市山王4丁目1-1
電 話 018-860-1364 E-mail Chouju@pref.akita.lg.jp

<担当者情報>

所 属				
担当者職氏名				
電話・FAX 番号	☎		FA	
			X	
メールアドレス				

※ 参加宣言書の担当者と違う場合のみ、記載してください。

※ 担当者情報は公表いたしません。

※ 認証評価制度に係る情報は、原則、メールでの提供となりますので、メールアドレスは
常時確認できるアドレスの記載をお願いします。

<評価受審状況>

評価の種類	評価の受審時期

※ 福祉サービス第三者評価や地域密着型サービス外部評価など、既に受けている評価があれば、その評価の種類と受審時期を記載してください。

<事業所情報>

参加宣言時からの変更	有り	無し
------------	----	----

※ 該当する事項を○で囲んでください。

※ 有りの場合は、変更等となった事業所分を次に記載してください。

事業所名				追加、変更、廃止
郵便・電話番号	〒		☎	
住 所				
事業所番号				
サービス種別				

※ 追加、変更、廃止の該当する事項を○で囲んでください。

事業所名				追加、変更、廃止
郵便・電話番号	〒		☎	
住所				
事業所番号				
サービス種別				
事業所名				追加、変更、廃止
郵便・電話番号	〒		☎	
住所				
事業所番号				
サービス種別				
事業所名				追加、変更、廃止
郵便・電話番号	〒		☎	
住所				
事業所番号				
サービス種別				
事業所名				追加、変更、廃止
郵便・電話番号	〒		☎	
住所				
事業所番号				
サービス種別				

※ 様式が足りない場合は、コピーをするなどにより変更等となった事業所情報をすべて記載してください。