様式第１号（第４条関係）

秋田県介護サービス事業所認証評価制度認証マーク利用申請書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）

　秋田県健康福祉部長寿社会課長

（申　請　者）

住　　　　所

事業者(所)名

代表者氏名

　秋田県介護サービス事業所認証評価制度認証マークの利用の許諾を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象物件  　（※１） | □ 事業者（所）の看板  □ 事業者（所）の自動車  □ 役職員の名刺  □ 事業者（所）のリーフレット等印刷物  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用開始 | 令和　　年　　月　　日 ～ |
| 添付書類  （※２） |  |
| 連 絡 先 | 担　　当　　者 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  電　話　番　号 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  メールアドレス （　　 　　　　　　　　　　　　） |

　　※１ 該当する対象物件にチェックを入れてください。

※２ 利用の仕方がわかる実際の原稿やサンプル等を添付してください。