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。