様式１

秋田県介護サービス事業所認証評価制度

参 加 宣 言 書

職員が安心して長く働ける職場づくりに努めることを宣言します。

　　平成　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者(所)名 |  |  |
| 代表者職氏名 |  | 印 |

※次頁の事業者(所)情報等についても記載のうえ提出してください。

|  |
| --- |
| ＜宣言書の提出先＞ |
| ※宣言書の提出は、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 |
| 〒010-0061　秋田市卸町４丁目６－４７　第一レインボウビル３階 |
| 電　 話　０１８－８５３－５１７７　　　Ｅ-mail　akita@kaigo-center.or.jp |
|  |
| （※宣言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　介護保険班 |
| 〒010-8570 秋田市山王４丁目１－１ |
| 電　 話　０１８－８６０－１３６３　　　Ｅ-mail　Chouju＠pref.akita.lg.jp |
|  |

＜参加宣言事業者(所)情報＞

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な事業者(所)名 |  |
|  |
| 宣言事業所（○で囲む） | 法人・会社単位 | 事業所単位 |
| 郵便・電話番号 | 〒 |  | ☎ |  |
| 住所 |  |

※別添事業所一覧に各事業所情報について記載をお願いします。

※認証を受けるのは法人単位が原則ですが、人事・給与体系は事業所単位で認証を受けることも可能です。

＜担当者情報＞

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

※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。

事 業 所 一 覧

|  |  |
| --- | --- |
| 参加宣言事業者名： |  |
|  |
| 事業所名 |  |
| 郵便・電話番号 | 〒 |  | ☎ |  |
| 住所 |  |
| 事業所番号 |  |
| サービス種別 |  |

事 業 所 一 覧

参加宣言事業者名：

|  |
| --- |
|  |
| 事業所名 |  |
| 郵便・電話番号 | 〒 |  | ☎ |  |
| 住所 |  |
| 事業所番号 |  |
| サービス種別 |  |
| 事業所名 |  |
| 郵便・電話番号 | 〒 |  | ☎ |  |
| 住所 |  |
| 事業所番号 |  |
| サービス種別 |  |
| 事業所名 |  |
| 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必要となる事業所情報をすべて記載してください。