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。

　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者名 |  |  |
| 代表者職氏名 |  |  |

※次頁の事業者(所)情報等についても記載の上、提出してください。

|  |
| --- |
| ＜参加宣言書の提出先＞ |
| ※宣言書の提出は、郵送（簡易書留を推奨）又は、持参、電子メールとします。 |
| 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 |
|  |

＜参加宣言事業者情報＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| 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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| 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。