様式３

秋田県介護サービス事業所認証評価制度

認 証 更 新 申 請 書

令和　　　年　　月　　日

**（宛先）**秋田県知事

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

　 秋田県介護サービス事業所認証評価制度の認証更新を申請します。

　 認証更新後も、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。

※ 認証更新申請書の提出は、県の電子・申請届出システムによるものとします。

＜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、常時確認できる

メールアドレスを記載してください。

＜事業所情報＞

|  |  |
| --- | --- |
| 認証申請時からの変更 | 有り　　　　　　　無し |

※ 該当する事項を〇で囲んでください。

※ 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 |  | | | | |
| **変更年月日** |  | | | | |

※ 追加、変更、廃止の該当する事項を〇で囲んでください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| 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 |  | | | | |
| 変更年月日 |  | | | | |
| 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 |  | | | | |
| 変更年月日 |  | | | | |
| 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 |  | | | | |
| 変更年月日 |  | | | | |

※ 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全て記載 してください。

事業所名一覧

|  |
| --- |
| 事業所名 |
|  |

　※サービスを継続（休止含む）している事業所名記載してください。