様式１

秋田県介護サービス事業所認証評価制度

 上 位 認 証 申 請 書

 　　　　　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上位認証を申請します。

　 上位認証取得後は、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。

＜認証申請書の提出先＞

 ※ 認証申請書の提出は、秋田県電子申請・届出システムとします。

＜担当者情報＞

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　　　属 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 電　話　番 号 |  |
| 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）している事業所名を記載してください。