様式第２号（第５条関係）

第　　　　　　　　　号

平成　　年　　月　　日

高知県知事　様

法人・会社名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　印

高知県介護事業所認証評価制度認証申請書（新規）

高知県介護事業所認証評価制度実施要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、認証取得後は、高知県が運営するウェブサイトや広報誌等で情報を公表することに同意します。

記

１．申請事業所について

　　　参加宣言時からの変更の有無（どちらかに○）

|  |
| --- |
| 変更あり　　　　変更なし |

　　　　　※変更ありの場合は、該当する事業所情報を別添様式に記入の上、提出してください。

２．担当者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 担当者職・氏名 |  | | |
| 事業所住所 |  | | |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  | | |

　　　　注）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ができるアドレスを記載して

ください。

※必要となる提出書類を確認の上、「申請時点検シート」とともに添付してください。

※認証申請書提出先

　　　　〒７８０－８５７０　高知市丸ノ内１丁目２番２０号

高知県地域福祉部地域福祉政策課 福祉・介護人材対策室

別添

◆事業所一覧【※公表】必要に応じて表を追加してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更区分 | 追加　　・　　変更　　・　　廃止 | | |
| ふりがな |  | | |
| 事業所名 |  | 職員数（※１） | 人 |
| 住　　所 |  | | |
| サービス種別 |  | | |
| ※１　指定介護サービス事業に従事する者の総数（全職種、労働時間に関係なく雇用期間の定めのない者が対象。） | | | |
| 変更区分 | 追加　　・　　変更　　・　　廃止 | | |
| ふりがな |  | | |
| 事業所名 |  | 職員数（※１） | 人 |
| 住　　所 |  | | |
| サービス種別 |  | | |
| ※１　指定介護サービス事業に従事する者の総数（全職種、労働時間に関係なく雇用期間の定めのない者が対象。） | | | |
| 変更区分 | 追加　　・　　変更　　・　　廃止 | | |
| ふりがな |  | | |
| 事業所名 |  | 職員数（※１） | 人 |
| 住　　所 |  | | |
| サービス種別 |  | | |
| ※１　指定介護サービス事業に従事する者の総数（全職種、労働時間に関係なく雇用期間の定めのない者が対象。） | | | |
| 変更区分 | 追加　　・　　変更　　・　　廃止 | | |
| ふりがな |  | | |
| 事業所名 |  | 職員数（※１） | 人 |
| 住　　所 |  | | |
| サービス種別 |  | | |
| ※１　指定介護サービス事業に従事する者の総数（全職種、労働時間に関係なく雇用期間の定めのない者が対象。） | | | |