様式第１号（第４条関係）

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

高知県知事　様

法人・会社名

住所

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　印

高知県介護事業所認証評価制度参加宣言書

・介護職員の育成や定着、利用者満足度の向上に向けて、積極的に取り組むことを宣言します。

・「高知県介護事業所認証評価制度」の趣旨に賛同し、魅力ある職場づくりに努めることを宣言します。

・宣言事業所の情報を、高知県が運営するウェブサイト等で公表することに同意します。

※事業所の情報について、別添様式を添付してください。

※セルフチェックを実施し、参加宣言書に添付してください。やむを得ず先に参加宣言書

を提出する場合は、参加宣言の日から１月以内に提出して下さい。

　　※当制度では、介護事業所で働く「介護職員」を対象としています。

※参加宣言の有効期間は、宣言の日から２年間です。有効期間内に認証取得に至らなかっ

た場合は、再度参加宣言を行うことができます。

【参加宣言書提出先】

　　　　〒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

１．連絡担当者【※非公表】

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

２．事業所一覧【※公表】必要に応じて表を追加してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | |
| 事業所名 |  | 職員数（※１） | 人 |
| 住　　所 |  | | |
| サービス種別  （予防含む）  ※該当種別に  チェック | （１）居宅  □訪問介護　□訪問入浴介護　□通所介護　□通所リハビリテーション  □短期入所者生活介護　□短期入所療養介護　□特定施設入居者生活介護  （２）地域密着型  □定期巡回・随時対応型訪問介護看護　□夜間対応型訪問介護　□地域密着型通所介護　□認知症対応型通所介護　□小規模多機能型居宅介護　□認知症対応型共同生活介護　□地域密着型特定施設入居者生活介護　□地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　□看護小規模多機能型居宅介護  （３）施設  □介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□介護療養型医療施設  □介護医療院 | | |
| ※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。） | | | |
| ふりがな |  | | |
| 事業所名 |  | 職員数（※１） | 人 |
| 住　　所 |  | | |
| サービス種別  （予防含む）  ※該当種別に  チェック | （１）居宅  □訪問介護　□訪問入浴介護　□通所介護　□通所リハビリテーション  □短期入所者生活介護　□短期入所療養介護　□特定施設入居者生活介護  （２）地域密着型  □定期巡回・随時対応型訪問介護看護　□夜間対応型訪問介護　□地域密着型通所介護　□認知症対応型通所介護　□小規模多機能型居宅介護　□認知症対応型共同生活介護　□地域密着型特定施設入居者生活介護　□地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　□看護小規模多機能型居宅介護  （３）施設  □介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□介護療養型医療施設  □介護医療院 | | |
| ※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。） | | | |