別記

様式第１号（第３条関係）

年 　月 　日

みやざき働きやすい介護事業所認証評価制度認証申請書

宮崎県知事

法人・会社名

住所

代表者職・氏名

　　　　年度に、みやざき働きやすい介護事業所認証評価制度における認証を受けたいので、みやざき働きやすい介護事業所認証評価制度実施要綱第３条の規定により、次の書類を添えて申請します。

　なお、認証取得後は、事業所の情報を宮崎県が運営するウェブサイトやＰＲ活動等において、公表することに同意します。

記

１　提出書類

　（１）　事業所一覧（別添）

（２）　関係法令遵守誓約書（様式第２号）

　（３）　自己点検チェックシート（別紙）

２　担当者情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | |
| 担当者職・氏名 |  | | | |
| 電話・ＦＡＸ番号 | 電話 |  | ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  | | | |
| 特記事項 |  | | | |

※認証を受けたい事業所が複数ある場合は別添の「事業所一覧」に記載し、併せて提出すること。

（別添）事業所一覧

法人・会社名

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| サービス種別 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| サービス種別 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| サービス種別 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| サービス種別 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |