

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) 関係法令遵守誓約書（様式第2号）
- (2) 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				

3 申請事業所一覧

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	

※ サービス種別は、別表1（第2条関係）対象介護事業所一覧より選択すること。また、
認証を希望する全てのサービス種別を記載すること。