やまがた介護事業者認証評価制度

**参加宣言書**

**（ 事 業 者 用 ）**

**「やまがた介護事業者認証評価制度」の認証取得に向け、職員が安心して長く働ける職場づくりに取り組むことを宣言します。**

令和　　年　　月　　日

山形県知事　氏　名　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 代表者役職名 |  |
| 代表者氏名 |  |

**＜宣言事業者の情報＞**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | |
| 事業者名 |  | | | |
| ふりがな |  | | 役職名 |  |
| 代表者名 |  | |
| 〒 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 電話／ＦＡＸ | 電話 | （　　　）　　- | ＦＡＸ | （　　　）　　- |
| ホームページ  URL |  | | | |
| （※）事業所一覧（様式第２号）に対象事業所を記載の上、併せて提出してください。  **＜担当者情報＞** | | | | |
| 所属名 |  | | | |
| ふりがな |  | | 役職名 |  |
| 氏　名 |  | |
| 連絡先 | 電話 | （　　　）　　- | ＦＡＸ | （　　　）　　- |
| E-mail（※） |  | | |

　（※）認証評価制度に係る情報を電子メールで提供いたします。