|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 信州福祉事業所認証・評価制度  **認証審査申請書**  長野県知事 様  **信州福祉事業所認証・評価制度の認証を受けたいので、信州福祉事業所　　認証・評価制度実施要綱第９条の規定により申請します。**  　　年　　月　　日  法人名  代表者職氏名　 　　 　　　　　　　　　　 　　㊞ | | | | | |
| 【事業者に係る情報】 | | | | | |
| **法人本部**  **所在地** | 〒　　　－  電話（　　　　　）　　　　－ | | | | |
| **申請する事業所（記入しきれない場合は任意の別紙に記入）** | | | | | **サービス種別**  **下欄から選択** |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
| ①高齢者入所　②高齢者通所　③高齢者その他④障害者入所　⑤障害者通所　⑥障害者その他  ⑦児童福祉　　⑧保育所等　 ⑨その他 | | | | | |
| **担当者** | **ふりがな** | | **役職等** |  | |
|  | | **連絡先** | 電話（　　　　）　　　－ | |
| **所属先** |  | | | |
| **取組宣言番号** |  | | | | |

※申請チェックシート（様式第３号の２）を添付すること

裏面に続く

|  |
| --- |
| 認証審査申請するにあたっては、以下のことに誓約いたします。  ・申請書の提出日において、介護保険法、労働関係法等の法令違反を行っていない法人であること  ・県又は市の実地指導、監査等での文書指導事項について改善の取組をしていること  なお、信州福祉事業所認証・評価制度に係る申請内容等に虚偽記載等があった場合、認証の取消をされても異議を申しません。 |

■提出先

【事務局】（社）長野県社会福祉協議会　福祉人材部

〒380-0928 長野市若里7-1-7

TEL 026-226-7330 FAX 026-227-0137

E-mail：jinzai@nshakyo.or.jp

■ホームページ

長野県の福祉人材総合ポータルサイト「信州福祉・介護のひろば」

http://fukushi-nagano.jp/