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

高知県福祉・介護事業所認証評価制度参加宣言書

・福祉・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。

・「高知県福祉・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。

　　※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、１度限り参加宣言の更新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

高知県子ども・福祉政策部長寿社会課 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 |  |
| ※１　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 |  |
| ※１　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 |  |
| ※１　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 |  |
| ※１　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。 |