様式第１号の２（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更新届

高知県福祉・介護事業所認証評価制度実施要綱第４条第３項の規定により、下記のとおり参加宣言の更新を届け出ます。

記

１　申請事業所について

　　　参加宣言時からの変更の有無（どちらかに○）

|  |
| --- |
| 変更あり　　　　変更なし |

　　　　　※変更ありの場合は、変更があった事業所情報を別添様式に記入の上、提出してください。

２　担当者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。

３　取り組み状況

|  |  |
| --- | --- |
| 認証取得に  向けた課題 |  |
| 申請予定時期 | 令和　　年度（ 上半期 ・ 下半期 ） ※宣言更新時から２年以内でご記入ください |
| 活用を希望する支援策 | １．セミナー受講　２．認証取得に向けた個別相談  ３．認証取得に向けた新たな制度設計の支援 |

◆事業所一覧【※公表】必要に応じて表を追加してください。

別添

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更区分 | 追加　　・　　変更　　・　　廃止 | | |
| 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。 | | | |
| 変更区分 | 追加　　・　　変更　　・　　廃止 | | |
| 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。 | | | |
| 変更区分 | 追加　　・　　変更　　・　　廃止 | | |
| 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。 | | | |
| 変更区分 | 追加　　・　　変更　　・　　廃止 | | |
| 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。 | | | |