様式第４号（第７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認証更新申請書

高知県福祉・介護事業所認証評価制度実施要綱第７条の規定により、下記のとおり認証の更新を申請します。

記

１　申請事業所について

　　　認証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（自己評価）

　□　認証基準について、３年間継続して全ての基準に取り組めている。

　□　認証基準について、一部の年度において取り組めていない基準がある。

（全ての基準において、少なくとも１つの年度では取り組めている。）

取り組めていない基準及びその理由を簡易に記載して下さい。

◆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。 |