

高知県福祉・介護事業所認証評価制度実施要綱

(目的)

第1条 高知県福祉・介護事業所認証評価制度（以下「認証評価制度」という。）は、福祉・介護職員の育成や定着、利用者満足度の向上につながることを期待される取組みを積極的に実施している事業所を認証・公表するとともに、認証取得に向けた事業所の主体的な取組みを県が手厚く支援することで、良好な職場環境の整備による職員の離職防止と、福祉・介護業界全体のイメージアップによる新たな人材の参入促進を目的として実施する。

(認証の対象)

第2条 認証の対象は、別表第1に該当するものとする。

(認証の要件)

第3条 知事は、申請者のうち、別表第2に記載する項目及び基準を全て満たす事業所を「高知県認証福祉・介護事業所」（以下「認証事業所」という。）として認証するものとする。

(参加宣言)

- 第4条 認証を受けようとする者は、様式第1号に必要な書類を添付し、知事に対し、認証評価制度に取り組むことについての宣言（以下「参加宣言」という。）を行わなければならない。
- 2 参加宣言は法人単位での提出とする。ただし、やむを得ない事由により法人単位での提出が困難又は不相当と認められる場合は、この限りでない。
 - 3 参加宣言の有効期間は、参加宣言をした日から起算して2年を経過する日の属する月の末日までとする。ただし、有効期間内に認証取得に至らなかった場合は、様式第1号の2を提出することにより1度限り参加宣言の更新を行うことができることとする。
 - 4 前項ただし書きの規定に基づき参加宣言を更新し、認証取得に向けた主体的な取組を実施していた者が、災害その他やむを得ない理由により有効期間内に認証取得に至らなかったと認められる場合は、様式第1号の3を提出することにより、更新を再度行うことができる。
 - 5 参加宣言の有効期間内に認証取得に至らなかった者のうち、認証取得に向けて一定の基準まで取組を実施していると認められる者は、様式第1号の4を提出することにより、1度限り参加宣言を再度行うことができる。

(認証申請)

- 第5条 参加宣言が県に受理された後、認証を受けようとする者は、様式第2号に知事が別に定める書類を添付し、知事に申請をしなければならない。なお、参加宣言の有効期間が満了した者も認証申請を行うことができる。
- 2 認証申請書は法人単位での提出とする。ただし、やむを得ない事由により法人単位での提出が困難又は不相当と認められる場合は、この限りでない。
 - 3 次の各号のいずれかに該当する者は、認証の申請をすることができない。
 - (1) 過去1年間に法令に抵触し、又は不適正な運営を行った者
 - (2) 過去5年間に指定効力停止以上の行政処分又は刑事処分を受けた者
 - (3) 労働基準監督署からの是正勧告に対して、是正報告書を提出していない者
 - (4) 社会保険・労働保険料、税金に未納がある者
 - (5) 虐待や介護報酬等の不正受給等、不適切な事業運営が行われていると疑義がもたれ、行政等から調査を受けている者
 - (6) 第12条の規定により認証を取り消され、その取消しの日から3年を経過しない者

(認証審査)

第6条 前条の規定による認証の申請があったときは、申請書及び添付書類について書類審査を行った上で、記載内容に相違がないかを確認するための現地審査を実施するものとする。

2 申請者は、前項の規定に基づく審査の実施通知を受けたときは、誠実に対応しなければならない。

(認証)

第7条 知事は、前条の規定による審査の結果、基準に適合すると認めたときは、認証決定を行うものとする。

2 知事は、前項の規定により認証を行うこととしたときはその旨を、基準に適合しないと認めたときはその旨及び理由を、申請者に対して書面により通知するものとする。

3 知事は、第1項の規定により認証したときは、認証事業所に対し、認証書（様式第3号）を交付するものとする。

4 認証の有効期間は、認証した日から起算して3年間を経過する日の属する月の末日までとする。

5 前項の有効期間は更新することができる。有効期間の更新を受けようとする者は、有効期間の満了の日の属する年度において別に定める期間内（以下、この項において「更新申請期間」という。）に、様式第4号に知事が別に定める書類を添付し、知事に有効期間の更新の申請をしなければならない。ただし、災害その他やむを得ない事由により更新申請期間にその申請をすることができないと認められる場合は、この限りでない。

6 知事は、前項による更新申請があったときは、内容を審査の上、更新を認めるときは、認証事業所に対し、有効期間を更新した認証書（様式第3号）を交付するものとする。その際の有効期間は、既に交付している認証書の有効期間から起算して5年間または3年間を経過する日の属する月の末日までとする。なお、審査結果によっては認証事業所に対し、更新の再審査を行うこととする。

(認証マーク)

第8条 知事は、認証事業所に対し、認証マークを交付する。

2 認証マークの取扱いについては、別に定める「高知県認証福祉・介護事業所マーク使用要領」によるものとする。

(変更の届出)

第9条 認証事業所は、次の各号のいずれかに掲げる事項に変更があったときは、変更が生じた日から30日以内に様式第5号により、知事に届け出なければならない。

- (1) 認証事業所の所在地
- (2) 認証事業所の名称
- (3) 第2条に規定するサービスの種別
- (4) 休止又は廃止
- (5) 対象となる事業所の開設
- (6) 処遇改善加算及び体制強化に係る加算の状況（取下げ又は区分が下がる場合に限る。）
- (7) その他県による認証事業所の公表等のために、事業者が県に提供した情報

(認証の辞退)

第10条 認証事業所は、認証を辞退する場合は、様式第6号により、速やかに知事に届けなければならない。

(認証の失効)

第11条 認証事業所について、次の各号のいずれかに該当したときは、第7条の認証はその効力

を失うものとする。

- (1) 認証の有効期間が満了したとき
- (2) 法人が解散又は消滅したとき
- (3) 第2条に規定する対象サービスを全て休止又は廃止したとき
- (4) 第7条第6号に規定する更新の再審査の結果、更新が認められなかったとき
- (5) 第12条に規定する取り消しを受けたとき

2 知事は、前項の規定により第7条の認証がその効力を失ったときは、その旨を公表するものとする。

(認証の取消)

第12条 知事は、認証事業所が次の各号のいずれかに該当したときは、認証を取り消すことができる。

- (1) 認証申請及び更新申請において提出された書類に重大な虚偽の記載があったことが判明したとき
- (2) 第5条第3項(1)から(4)及び第9条(6)に規定する欠格要件に該当することとなったとき
- (3) 上記各号のほか、虐待や介護報酬等の不正受給等、認証の継続が適切でないことが明らかな状況が確認されたとき

2 知事は、前項の規定に該当する疑いがあると認められるときは、認証事業所に対して意見聴取又は現地確認を行うことができる。

3 知事は、認証の取消しを決定したときは、認証事業所に対して書面により通知するとともに、その旨を公表するものとする。

4 認証事業所は、第1項の規定により認証を取り消されたときは、速やかに知事に認証書を返納するとともに、認証マークの使用を取りやめなければならない。

(広報)

第13条 知事は、認証事業所名や取組内容などについて、県のホームページや広報誌といった広報媒体を活用し、広く周知を図るものとする。

2 認証事業所は、前項の実施にあたって知事から求めがあったときは、認証評価制度に関連する自らの取組状況等について情報を提供するなど協力しなければならない。

(その他)

第14条 この要綱に定めるもののほか、認証評価制度に関する必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成30年2月9日から施行する。ただし、第2条関係別表第1に規定する対象サービスのうち、介護医療院の規定は平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年2月27日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年3月30日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年2月28日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

別表第 1

1 介護事業所

介護保険法（平成 9 年 12 月 17 日法律第 123 号）に基づき、高知県内で以下の対象サービスの指定を受けた施設・事業所

	介護給付サービス	予防給付サービス
居宅	訪問介護	
	訪問入浴介護	介護予防訪問入浴介護
	通所介護	
	通所リハビリテーション	介護予防通所リハビリテーション
	短期入所生活介護	介護予防短期入所生活介護
	短期入所療養介護	介護予防短期入所療養介護
	特定施設入居者生活介護	介護予防特定施設入居者生活介護
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
	夜間対応型訪問介護	
	地域密着型通所介護	
	認知症対応型通所介護	介護予防認知症対応型通所介護
	小規模多機能型居宅介護	介護予防小規模多機能型居宅介護
	認知症対応型共同生活介護	介護予防認知症対応型共同生活介護
	地域密着型特定施設入居者生活介護	
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
	看護小規模多機能型居宅介護	
施設	介護老人福祉施設	
	介護老人保健施設	
	介護療養型医療施設	
	介護医療院	

2 障害福祉サービス事業所

障害者の日常生活並びに社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号）及び児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）に基づき、高知県内で居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、自立訓練（機能訓練・生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援（A型・B型）、共同生活援助、宿泊型自立訓練、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、短期入所、医療型児童発達支援、医療型障害児入所施設、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援、重度障害者等包括支援及び施設入所支援の指定を受けた事業所

3 児童福祉施設

児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）に基づく高知県内の乳児院、児童養護施設、児童心理治療施設及び母子生活支援施設

別表第2

評価項目		評価基準
(項目Ⅰ) 新規採用者の 育成体制	(1) 新規採用者育成 計画（OJTを含む） の策定、運用	①育成目標、育成手法及び内容等が明確にされた新規採用者 育成計画を策定・承認し、運用を始めていること ②計画を策定・承認するための会議等を実施していること ③職員への周知を図っており、指導職員が共通認識をもって いること
	(2) 新規採用者研修 （合同、外部研修含 む）の実施	①育成計画に沿った研修プログラムを作成、実施している こと ②施設外で実施する研修に積極的に参加させていること ③研修を受講できる環境整備をしていること
	(3) OJT指導者に 対する研修等の実施	①OJT指導者等の設置と職員への周知を図っていること ②OJT指導者等を対象とした研修を実施又は受講している こと
(項目Ⅱ) キャリアパス と人材育成	(1) 資質向上目標及 び具体的計画の策定、 運用	〈1.キャリアパス制度の導入〉 ①キャリアのコースや段階、キャリアアップの仕組みが明確 になったキャリアパスを導入し、運用を始めていること ②職員への周知を図っていること ③非正規職員から正規職員への登用ルール明確化と、全て の非正規職員への説明を行っていること 〈2.人材育成計画の策定〉 ①キャリアパスの内容に沿った育成目標、育成手法及び内容 等が明確になった計画を策定・承認し、運用を始めている こと ②計画を策定・承認するための会議等を実施していること ③職員への周知を図っていること ④研修プログラムを作成していること
	(2) 人材育成計画に 係る研修の実施又は 研修機会の確保	①人材育成計画（研修プログラム）に沿った研修を実施又は 受講していること ②研修を受講できる環境整備をしていること
	(3) 資格取得のため の支援の実施（※1）	①資格取得支援を行っていること ②職員への周知を図っていること
	(4) 人材育成を目的 とした面談の実施	①面談実施のための手順書（又はシート・様式）を作成して いること ②前記①に基づいた面談を実施し、その内容を管理監督者に 報告していること
	(5) 給与体系又は給 与表の導入	①給与・賞与を支給するための基準・昇給の基準（原則基本 給の増）を定め、運用を始めていること ②過去3年間に基準に見合った昇給をしていること ③職員（非正規職員を含む）へ周知していること ④介護職員等処遇改善加算（Ⅰ～Ⅳ）、福祉・介護職員等処遇 改善加算（Ⅰ～Ⅳ）又は社会的養護処遇改善加算 （Ⅰ～Ⅴ）を算定していること

(項目Ⅲ) 働きやすい職場環境	(1) 休暇取得・労働時間縮減のための取組の実施	①休みやすい環境づくりに取り組んでいること ②取組内容を検討する会議等を実施していること ③職員への周知を図っていること
	(2) 出産後復帰に関する取組の実施	①取組の実施 ②職員への周知を図っていること
	(3) 育児・介護を両立できる取組の実施	①取組の実施 ②職員への周知を図っていること
	(4) 健康管理に関する取組の実施	①取組の実施 ②職員への周知を図っていること
	(5) ノーリフティン グケアの推進に関する体制整備及び教育の実施 (※1、※2)	①取組の実施 ②職員への周知を図っていること
(項目Ⅳ) 質の高いサービスを提供するための取組 (※1)	体制強化に係る加算の取得	原則、次のいずれかの要件を満たしていること。 (1) 介護事業所 ・サービス提供体制強化加算の取得 ・日常生活継続支援加算の取得 ・特定事業所加算の取得 (2) 障害福祉サービス事業所 ・特定事業所加算の取得 ・福祉専門職員配置等加算の取得 ・保育職員加配加算の取得 ・訪問支援員特別加算の取得 ・重度障害者等包括支援の指定 ・施設入所支援については、併設する対象事業所が基準となる加算を取得していること
(項目Ⅴ) 社会貢献とコンプライアンス	(1) 地域や学校との交流	次のいずれかを満たしていること ①地域交流を実施していること ②実習、インターンシップ、ボランティアの受入れ体制を整備していること
	(2) 関係法令の遵守	①社会保険・労働保険に加入し、納付していること ②県税を納付している ③過去1年間、労働関係法令及び介護保険法等に違反していないこと ④過去5年間、行政処分又は刑事処分を受けていないこと ⑤虐待の防止のための措置を講じていること ⑥利用者等からのハラスメント対策に取り組んでいること (※1) ⑦関係法令遵守の誓約書を提出すること

(※1) 児童福祉施設は免除とする。

(※2) 障害福祉サービス事業所は、障害者支援施設、障害児入所施設（福祉型・医療型）、居宅介護・重度訪問介護、共同生活援助・療養介護・生活介護・短期入所の事業所で主たる対象者が身体障害者である事業所のみを対象とする。

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

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。

様式第 1 号の 2（第 4 条関係）

第 令和 年 月 号 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。

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。

第
令和 年 月 号
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4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 高知県福祉・介護事業所認証評価制度実施要綱第4条第4項該当理由

--

2 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。

3 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。

4 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。

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。

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（再宣言）

- ・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。

※参加宣言の有効期間は、再宣言の日から2年間です。

【参加宣言書（再宣言）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

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。

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。

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申請書（新規）

高知県福祉・介護事業所認証評価制度実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、認証取得後は、高知県が運営するウェブサイトや広報誌等で情報を公表することに同意します。

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、該当する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。

※必要となる提出書類を提出書類チェックリストにて確認の上、添付してください。

※審査項目チェックシートにて、全ての審査項目を満たすことをご確認の上、申請ください。

※認証取得後、離職率等のデータを送付いただき、公表させていただきます。

【認証申請書提出先】

〒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

◆事業所一覧【※公表】 必要に応じて表を追加してください。

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。

高知県福祉・介護事業所認証評価制度

認 証 書

様

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んでいる事業所として認証します。



認証番号：

認 証 日：令和 年 月 日

有効期限：令和 年 月 日

高知県知事

印

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んでいる。
- ☐ 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んでいる。）

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。

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。

第
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に係る変更届出書

高知県福祉・介護事業所認証評価制度実施要綱第9条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

1. 変更事項について

(1) 対象事業所の増減及び移転（どちらかに○）

あり	なし
----	----

※ありの場合は、該当する事業所情報を別添様式に記入の上、提出してください。

(2) その他

変更のあった内容と理由を以下に記入してください。

--

2. 変更事項発生日

令和 年 月 日

3. 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。

◆事業所一覧【※公表】必要に応じて表を追加してください。

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。

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に係る認証辞退届

高知県福祉・介護事業所認証評価制度実施要綱第10条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

1. 辞退理由について

2. 辞退日

令和 年 月 日

3. 担当者

事業所名：
職・氏名：
電話番号：
FAX 番号：
メールアドレス：