

様式1号

年 月 日

## 年度長崎県介護事業所認証申請書

長崎県知事 中村 法道 様

所在地

法人名

代表者名

年度において、長崎県介護事業所認証評価の認証を長崎県介護事業所認証評価制度実施要綱第3条の規定により、次の関係書類を添えて申請します。

なお、認証取得後は、長崎県が行うPR活動等において、提供する事業所情報を使用することに同意します。

### 関係書類

- 1 認証申請書（様式1号）
- 2 関係法令遵守誓約書（様式2号）
- 3 認証評価チェックリスト
- 4 認証評価チェックリストに定める提出書類

### <担当者情報>

所属				
担当者職・氏名				
電話・FAX番号	電話		FAX	
メールアドレス				
特記事項				

※対象事業所については別添に記載し、併せて提出すること。

別添

法人名

---

事業所名	
住所	〒
サービス種別	
事業所名	
住所	〒
サービス種別	
事業所名	
住所	〒
サービス種別	
事業所名	
住所	〒
サービス種別	