

記入例

やまがた介護事業者認証評価制度

参加宣言書
(事業者用)事業者（法人・会社）単位で申請する
場合に使用します。事業所単位で申請する場合は、
様式第1号の2をご使用ください

「やまがた介護事業者認証評価制度」の認証取得に向け、職員が安心して
長く働ける職場づくりに取り組むことを宣言します。

提出日をご記入ください。

令和〇年 〇月 〇日

山形県知事 吉村 美栄子殿

事業者名（法人名・会社名）
をご記入ください。

事業者名 社会福祉法人〇〇福祉会

代表者役職名 理事長

代表者氏名 山形 太郎

<宣言事業者の情報>

ふりがな	しゃかいふくしほうじん〇〇ふくしかい		
事業者名	社会福祉法人〇〇福祉会		
ふりがな	やまがた たろう	役職名	理事長
代表者名	山形 太郎		
〒	990-8570		
所在地	山形県山形市松波2丁目8-1		
電話/FAX	電話	(XXX) XXX - XXXX	FAX (XXX) XXX - XXXX
ホームページ URL	http://www.〇〇.co.jp ※ホームページがない場合は空欄で可		

電話・FAX 番号は市外局番
からご記入ください。

(※) 様式第2号「事業所一覧」に対象事業所を記載の上、併せて提出してください。

<担当者情報>

※担当者情報は、山形県ホームページ等には公表しません

本事業に関する事務連絡等のやり取りを
行う方の情報をご記入ください。

所属名	特別養護老人ホーム〇〇〇苑		
ふりがな	とうほく はなこ	役職名	事務長
氏名	東北 花子		
連絡先	電話	(XXX) XXX - XXXXX	FAX (XXX) XXX - XXXX
	E-mail (※)	〇〇〇〇〇〇@〇〇.co.jp	

電話・FAX 番号は市外局番
からご記入ください。

(※) 認証評価制度に係る情報を電子メールで提供いたします。