

記入例

やまがた介護事業者認証評価制度

参加宣言書
(事業所用)

事業所単位で申請する場合に使用します。
事業者（法人・会社）単位で申請する場合は、様式第1号の1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

事業所名をご記入ください。

事業所名 特別養護老人ホーム ○○○苑
 代表者役職名 施設長
 代表者氏名 山形 太郎

<宣言事業所の情報>

ふりがな	とくべつようごろうじんほ一む○○○えん	サービス種別番号	15
事業所名	特別養護老人ホーム ○○○苑	(※)	※別紙を参照し、番号をご記入ください。
ふりがな	やまがた たろう	役職名	施設長
代表者名	山形 太郎		
〒	990-8570	電話・FAX番号は市外局番からご記入ください。	
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.○○.co.jp	※ホームページがない場合は空欄で可 法人代表ホームページでも可	

(※)事業所で実施するすべてのサービスの「サービス種別番号」について、別紙を参考に記載してください。

<担当者情報>

※担当者情報は、山形県ホームページ等には

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	総務部		
ふりがな	とうほく はなこ	役職名	事務主任
氏名	東北 花子		
連絡先	電話 (XXX) XXX - XXXX	FAX	(XXX) XXX - XXXX
	E-mail	□□□□□□@○○.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。

区分	サービス種別番号・サービス名
居宅サービス 介護予防サービス	【1】訪問介護 【2】(介護予防)訪問入浴介護 【3】(介護予防)訪問看護 【4】(介護予防)訪問リハビリテーション 【5】(介護予防)居宅療養管理指導 【6】通所介護 【7】(介護予防)通所リハビリテーション 【8】(介護予防)短期入所生活介護 【9】(介護予防)短期入所療養介護 【10】(介護予防)特定施設入居者生活介護 【11】(介護予防)福祉用具貸与 【12】特定(介護予防)福祉用具販売
支援サービス	【13】居宅介護支援 【14】介護予防支援
介護保険施設	【15】介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 【16】介護老人保健施設 【17】介護療養型医療施設 【18】介護医療院
地域密着型 介護(予防)サービス	【19】定期巡回・随時対応型訪問介護看護 【20】夜間対応型訪問介護 【21】地域密着型通所介護 【22】(介護予防)認知症対応型通所介護 【23】(介護予防)小規模多機能型居宅介護 【24】(介護予防)認知症対応型共同生活介護 【25】地域密着型特定施設入居者生活介護 【26】地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 【27】看護小規模多機能型居宅介護