やまがた介護事業者認証評価制度

**認証申請書**

**（ 事 業 者 用 ）**

令和　　年　　月　　日

山形県知事　氏名　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 代表者役職名 |  |
| 代表者氏名 |  |

**＜申請事業者の情報（※）＞**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 事業者名 |  |
| ふりがな |  | 役職名 |  |
| 代表者名 |  |
| 〒 |  |
| 所在地 |  |
| 電話／ＦＡＸ | 電話 | （　　　）　　- | ＦＡＸ | （　　　）　　- |
| ホームページURL |  |
| 　(※)参加宣言書（様式第１号の１）の内容に変更がある場合は、事業者・事業所情報変更届出書（様式第５号）を提出するとともに、事業所名、サービス種別、事業所数の増・減及び事業所の住所、電話番号等に変更がある場合は、事業所一覧（様式第２号）を修正し、再提出してください。**＜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。） |
| 所属名 |  |
| ふりがな |  | 役職名 |  |
| 氏　名 |  |
| 連絡先 | 電話 | （　　　）　　- | ＦＡＸ | （　　　）　　- |
| E-mail（※） |  |

　（※）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。