（様式１）

ＫＡＩの国やまなし　魅力ある介護事業所認証評価制度

参加宣言書

|  |
| --- |
| **「ＫＡＩの国やまなし　魅力ある介護事業所認証評価制度」の趣旨に賛同し、 介護人材の確保・定着に向けて、人材育成や職場環境の改善に取組むことを宣言します。**  令和　　　年　　　月　　　日  法 人 名  事業所名  管理者の職名  管理者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

**【宣言事業所法人の公表に必要な情報】**当制度のホームページ等で公表させていただきますので、あらかじめご了承ください

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | ふりがな |
| 法人内ですでに認証を取得した事業所　あり・なし |
| 事業所名 | ふりがな |
|  |
| 事業所所在地 | 〒 |
| サービス種別 | ①　居宅介護（介護予防）サービス事業  □訪問介護　　□（介護予防）訪問入浴介護　　□通所介護　　□（介護予防）通所リハビリテーション　　□（介護予防）短期入所生活介護　　□（介護予防）短期入所療養介護　　□（介護予防）特定施設入居者生活介護  ②　介護保険施設  □介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）　　□介護老人保健施設　　□介護医療院  ③　地域密着型サービス事業  □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　　□（介護予防）認知症対応型通所介護　　□（介護予防）小規模多機能型居宅介護　　□（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 |

**【その他必要な情報】**公表はいたしませんが、今後の支援に必要となりますので、記載をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者 | 部署 | 役　職 |  |
| ふりがな | 連絡先 | 電話番号 |
| 氏名 | ＦＡＸ番号 |
| Ｅ－ｍａｉｌ |
| 常用労働者数  （雇用形態問わず） | 事業所全体　（　　　　　　　　　　）人　　　うち　介護職員　（　　　　　　　　　　）人 | | |
| 認証申請予定時期 | □今年度中　　　　　　　　　　□来年度以降　　　　　　　　　　□分からない、未定 | | |