様式第１号

ふくしま　働きやすい介護の職場認証評価制度

**参加宣言書**

「ふくしま　働きやすい介護の職場認証評価制度」の認証取得に向け、就労環境等の改善や職員の人材育成に取り組むことを宣言します。

　令和　　年　　月　　日

福島県知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者役職名 |  |
| 代表者氏名 |  |

**＜宣言法人の情報＞**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | |
| 法人名 |  | | | |
| 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 |  | | | |
| **＜担当者情報＞** | | | | |
| 所属名 |  | | | |
| ふりがな |  | | 役職名 |  |
| 氏　名 |  | |
| 連絡先 | 電話 | （　　　）　　- | ＦＡＸ | （　　　）　　- |
| E-mail |  | | |

※有効期間：宣言日から２年間