第４号様式

**第三者が推薦する場合**

かながわベスト介護セレクト20推薦書

 　　年　　月　　日

神 奈 川 県 知 事 殿

氏名

住所

電話番号

次の事業所について、かながわベスト介護セレクト20に関する要綱第４条第３項の規定に基づき、推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 法 人 名 |  |
| フリガナ |  | 電話番号 |
| 事業所名 |  |  |
| 所在地（事務所の所在地） | (郵便番号　 　-　　　　） 都道　 郡　市　　　　 府県 　 区 |
| (ビルの名称等） |

【推薦理由等】

|  |  |
| --- | --- |
| 上記事業所との関係 |  |
| 推薦理由 |  |

【推薦にあたっての確認事項】（確認の上、チェックをしてください。）

□　推薦にあたっては、上記事業所に確認の上、同要綱第３条第１項に規定する応募要件すべてを満たしていることを確認しています。

□　推薦することについて、上記事業所に同意を得ています。

※　推薦にあたっては、被推薦事業所の同意を得るとともに、被推薦事業所に確認し、応募要件を満たしていることを確認の上、推薦してください。

※　本書を受理した後に、第４条第４項の規定に基づき、県から被推薦事業所に対して、推薦があった旨　　連絡し、第２号様式及び第３号様式の提出を依頼します。