第１号様式

神奈川県介護サービス事業者によるサービスの質等の向上宣言に係る届出書

 令和　　年　　月　　日

神 奈 川 県 知 事 殿

事業者　名　　　称

代表者氏名

このことについて、別添の宣言を行いましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業者（法人）番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | １　届出の区分 |
|  | □　法人単位での宣言の実施 | 該当するほうにをしてください |
| □　事業所単位での宣言の実施 |
| ２ 事業者 | フ　リ　ガ　ナ名　　　　　称 |  |
|  |
| 　住　　　所（主たる事務所 の所在地） | (郵便番号　　　-　　　　） 都道　 郡　市　　　　 府県 　　　区　　　 |
| (ビルの名称等） |
| 連　　絡　　先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 | 　 |
| 法 人 の 種 別 | 　 |
| 代表者の職名及び氏名 | 職名 |  | フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| ３　事業所の数（法人単位の場合) | 訪問系 |  | 通所系 |  | 居住系 |  | 入所系 |  |
| ４　事業所の名称等（事業所単位の場合） | 事業所の名称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 指定(許可)年月日 |  | サービス名 |  |
|  | ５　連絡先（担当者名及びﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ） | 担当者名 |  |
| メールアドレス |  |
| ６　県ホームページへの掲載に　　　　□　同意する　　　　　□　同意しない |

※　今後の情報提供は、原則メールでの提供となりますので、メールアドレスは常時確認できるアドレスを必ず記載してください。