年　　　　　　月　　　　　　日

奈良県知事 殿

【申請者】

住所

事業所名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

奈良県福祉・介護事業所認証制度　認証申請書

奈良県福祉・介護事業所認証制度の認証を取得したいので、関係書類を添えて、次のとおり申請いたします。

申請区分

|  |
| --- |
| □　単独事業所 （申請した事業所のみが対象） |
| □　複数事業所 （法人内のうち、指定した事業所が対象） |
| □　法人全体 （法人内の全ての事業所が対象） |

※複数事業所もしくは法人全体で申請する場合、対象とする事業所を「申請対象事業所一覧表」に記載してください。

|  |
| --- |
| 申請書、提出資料の送付先 |
| 奈良県 健康福祉部　地域福祉課　地域福祉推進係 |
| 〒630 – 8501　　奈良県奈良市登大路町30番地 |