年　　　　　　月　　　　　　日

奈良県知事 殿

認証制度チャレンジ事業所　申出書

【申出者】

住　所

法人名

事業所名

代表者職氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者 | 部署 | 　 |
| 役職 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 事業内容 | 事業種 | □高齢者(介護保険)サービス（予防含む）　□障害福祉サービス　□児童福祉サービス　 　　　　　　　□その他 |
| 職員数 | □0～10名未満　　　　　　　□10名以上20名未満　□20名以上30名未満 　□30名以上40名未満□４0名以上50名未満 　　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 |
| メールアドレス | 　 |
| 初期診断・訪問相談希望日時 | 第1希望　　　　月　　　　日　　　　　　時　　　　分～第2希望　　　　月　　　　日　　　　　　時　　　　分～第3希望　　　　月　　　　日　　　　　　時　　　　分～ |
| 認証制度チャレンジ事業所　対象事業所　チェックシート | * 今後３年間に認証取得を目指す法人（事業所）
* 常時50人未満の労働者を雇用する法人（事業所）
* 過去5年以内に1名以上の労働者を雇用した法人（事業所）

※職員数は常勤・非常勤関係なく、実人員にてチェックください。 |

【提出先】

〒 630-8501奈良市登大路町30

奈良県福祉医療部医療・介護保険局地域包括支援課　　担当：福祉人材確保・育成係

電話番号：0742-27-8039　　**FAX番号：0742-26-1015**

※注1　　申請はFAXまたは郵送にてお願いします。

※注2　「認証制度チャレンジ事業所」として、「法人名、事業所名、住所、事業種別」を県のホームページに

掲載させていただきます。

8