

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