【別紙様式第１号】

**しが介護職員定着等推進事業者登録申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

滋賀県知事　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所在地 | 〒　　　－ |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**しが介護職員定着等推進事業者**



**～　財産である職員を大切にしています　～**

しが介護職員定着等推進事業者の登録を受けるため、関係書類を添付し申請します。

**【関係書類】**

１　登録要件確認表

２　要件を満たしていることの証明書類

**【公表の同意】**

事業者名および所在地ならびに連絡先、経営する介護保険サービス事業所名および所在地ならびに連絡先、登録要件を満たしている取組内容の県、介護・福祉人材センターホームページ等での公表について同意します。

**【連絡先】**

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒 |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 | 　　　　　　－　　　　　　　－ |
| E-mailアドレス |  |