（様式第１号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

「福岡県身体拘束ゼロ宣言」登録申込書

福岡県知事　殿

（保健医療介護部介護保険課）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名

　「福岡県身体拘束ゼロ宣言」の趣旨に賛同し、別紙１のとおり宣言を行います。ついては、下記のとおり登録の申込を行います。

１　事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の所在地 | 〒 |
| 事業所の種別  （○を記入） | １　介護老人福祉施設（地域密着型含む。）  ２　介護老人保健施設（短期入所療養介護事業所）  ３　介護療養型医療施設  ４　介護医療院  ５　特定施設入居者生活介護事業所（地域密着型含む。）  ５　短期入所生活介護事業所  ６　認知症対応型共同生活介護事業所  ７　小規模多機能型居宅介護事業所  ８　養護老人ホーム  ９　軽費老人ホーム・ケアハウス（４に該当する場合を除く。）  10　有料老人ホーム（住宅型・健康型）  11　その他（訪問介護、訪問入浴、訪問看護、通所介護、  居宅介護支援、看護小規模多機能型居宅介護　等） |
| 事業所の名称 |  |
| 担　当　者 | 役職：  名前： |
| 事業所の連絡先 | TEL：  FAX：  E-mail： |
| 県ホームページでの事業所所在地及び名称の掲載の希望（○を記入） | １．希望する　　２．希望しない |

２　事業所の設置（運営）主体法人の代表者及び役員は、暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。

　　なお、これらの確認のため、福岡県警察本部へ情報照会を行うことについて承諾します。