（様式第２号）

年　　月　　日

徳島県介護人材育成事業者認証評価制度

誓　約　書

　徳島県知事　様

法人名

代表者氏名

事業所所在地 　〒

　事業所名

代表者氏名

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

【徳島県介護人材育成事業者認証評価制度実施要綱第７条】

（１）過去３年間に法令に抵触し、又は不適正な運営を行った者

（２）過去５年間に介護保険法に基づく指定効力停止以上の行政処分又は刑事処分を受けた者

（３）労働基準監督署からの是正勧告に対して、是正報告書を提出していない者

（４）社会保険・労働保険料、税金に未納がある者

（５）虐待や介護報酬等の不正受給等、不適切な事業運営が行われていると疑義がもたれ、行政等から調査を受けている者

（６）第１３条の規定により認証を取り消され、その取消しの日から３年を経過しない者