

福祉サービス第三者評価 受審申込書

特定非営利活動法人ふくてっく こむねっと部会
福祉サービス第三者評価事業事務局 宛て

年 月 日

申込み法人名：

代表者職氏名：

印

福祉サービス第三者評価にかかる貴会事業規定（別紙案内）を了解し、下記必要事項を記載の上、福祉サービス第三者評価の受審を申し込みます。

記

法人名			
法人住所	〒		
法人代表者			
連絡担当者氏名			
同連絡先	Tel	FAX	メール
受審する事業所 A	事業所名		
	所在地住所		
	サービス種別		
	定員数／職員数		
	希望時期	自己評価の期間	
		訪問調査の時期	
		評価結果報告の時期	
	受審歴	過去に受審したことが ある・ない	
その他要望事項			
受審する事業所 B	事業所名		
	所在地住所		
	サービス種別		
	定員数／職員数		
	希望時期	自己評価の期間	
		訪問調査の時期	
		評価結果報告の時期	
	受審歴	過去に受審したことが ある・ない	
その他要望事項			
※複数の事業所の受審を希望する場合に記入してください			

受審を希望する事業所が3以上となる場合は、本紙コピーを利用して適宜添付ください。

以上