

(様式第1号)

FAX送信 FAX 083-924-2798

申込日 年 月 日

(送信状なしで本申込書のみ送信して下さい。)

令和3年度 福祉サービス第三者評価受審申込書

事業所名称				
法人名称				
設立年月	昭和・平成 令和 年 月 日	職員数	名	
定員	名	利用者数	名	
併設施設		分舎の有無	有〔()箇所〕・無	
施設・事業所種別 (該当に○印を付けて下さい)	高齢者福祉	養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、通所介護事業所、訪問介護事業所		
	厚生	救護施設、婦人保護施設		
	障害福祉サービス	療養介護事業所、生活介護事業所、自立訓練(機能訓練・生活訓練)事業所、就労移行支援事業所、就労継続支援事業所、共同生活援助事業所		
	障害者支援 (施設入所支援)	障害者支援施設(施設入所支援)		
	保育	保育所		
	児童福祉	乳児院、児童養護施設、児童心理治療施設、児童自立支援施設、母子生活支援施設、自立援助ホーム 福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、福祉型児童発達支援センター、障害児通所支援事業所		
所在地	住所	〒 -		
	電話		FAX	
	E-mail			
	URL	http://		
事業所までの 主な利用交通手段				
施設長 <small>フリガナ</small> 氏名				
法人代表者 <small>フリガナ</small> 氏名				
連絡担当者 <small>フリガナ</small> 職氏名				
訪問調査希望時期 (目安は10月～ 翌年2月です)	第1希望 月 上旬 中旬 下旬	第2希望 月 上旬 中旬 下旬	第3希望 月 上旬 中旬 下旬	
《通信欄》				