

FAX送信 FAX 083-924-2798

申込日 令和3年 月 日

注・申込書は1施設・事業所につき1枚記入してください。
(「施設・事業所種別」欄には1箇所のみ○をしてください)

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		〇〇〇〇〇園		非常勤職員も含めた人数を記入してください。	
法人名称		福祉法人 〇〇〇〇〇〇会			
設立年月		昭和 平成	4月 1日	職員数	62
定員		80名		利用者数	78名
併設施設		障害者支援施設〇〇〇園 〇〇〇〇〇保育園		←敷地内の併設事業所 敷地外の分舎→ 有 (3) 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、介護老人保健施設、介護福祉施設、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	〒753-0072 山口市大手町9番6号			
	電話	083-924-2830	FAX	083-924-2798	
	E-mail	hyoka-chosa@yg-you-i-net.or.jp			
	URL	http://www.yamaguchikensyakyo.jp			
事業所までの主な利用交通手段		JR◆◆線 △△△駅下車 徒歩15分			
施設長 氏名		フリガナ	施設長 〇〇 〇〇		
法人代表者 氏名		フリガナ	理事長 〇〇 〇〇		
連絡担当者 職氏名		フリガナ	事務長 〇〇 〇〇		
訪問調査希望時期 (目安は10月~翌年2月です)		第1希望 11月上旬 中旬 下旬	第2希望 10月 旬 中旬 下旬	第3希望 11月上旬 中旬 下旬	
《通信欄》		当日訪問調査を行う評価調査者との日程調整により、訪問調査日を決定します。 「希望時期」はなるべく第3希望まで記入してください。			