

FAX送信 FAX 083-924-2798

申込日 令和7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7年度 福祉サービス第三者評価受審申込書

事業	ショートステイがある場合は、その定員も含めて記入してください。			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 ◇◇◇◇◇会				
設立年月	昭和 <u>平成</u> 2年 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 ←敷地内の併設事業所 ◇◇◇保育園 敷地外の分舎→ <input checked="" type="radio"/> [(3)箇所]・無				
(該当に○印を付けて下さい) 施設・事業所種別	高齢者福祉	養護老人ホーム、 <u>特別養護老人ホーム</u> を記入してください。			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	〒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 <small>フリガナ</small> 氏名	施設長	フリ	ガナ	事業所の最寄りの公共交通機関(駅・バス停等の名称)、事業所までの交通手段、所要時間等について記入してください。	
法人代表者 <small>フリガナ</small> 氏名	理事長	フリ	ガナ		
連絡担当者 <small>フリガナ</small> 職氏名	事務長	フリ	ガナ		
訪問調査希望時期 (目安は9月~12月です ※翌年(1~3月)につきましても、ご相談に応じます)	第1希望 11月 上旬 <u>中旬</u> 下旬	第2希望 10月 上旬 中旬 <u>下旬</u>	第3希望 11月 <u>上旬</u> 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。				