

FAX送信 FAX 083-924-2798

申込日 令和8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8年度 福祉サービス第三者評価受審申込書

事業所	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 〇〇〇〇〇〇会						申込日現在の利用者数を記入してください。								
設立年月	昭和	平成	令和	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 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								
(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、特別養護老人所						所介護事業所、訪問介護事業所							
	厚生	救護施設、女性自立支援施設													
	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														
施設長フリガナ氏名	施設長	フリ	ガナ	〇〇	〇〇	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。									
法人代表者フリガナ氏名	理事長	フリ	ガナ	〇〇	〇〇										
連絡担当者フリガナ氏名	事務長	フリ	ガナ	〇〇	〇〇										
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	中旬	下旬	第2希望	10月	上旬	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。														