

申込日 平成 年 月 日

福祉サービス第三者評価受審申込書

福祉サービス評価センターおおいたの第三者評価を受審します。

ふりがな				
法人名				
代表者名	職名		ふりがな	
			氏名	
ふりがな				
受審施設名				
ふりがな				
施設長名				
第三者評価担当者	職名		ふりがな	
			氏名	
住所	〒			
連絡先	TEL		FAX	
Eメールアドレス	@			
HPアドレス				
訪問調査希望時期	平成 年 月の訪問調査を希望します。 ※施設での事前準備に概ね1～2ヶ月必要です。			
施設種別				
データ送付方法	・メール ・USB(貸出可) (いずれかに○をしてください)			
施設利用定員	定員	()名		
利用者数	利用者数	()名		

- (1) 上記の必要事項をすべてご記入のうえ、下記あてに郵送もしくはファックスでお送りください。
 (2) 契約等の手続きにつきましては、本申込書受理後に評価センターから貴事業所へご連絡いたします。

(送付先)大分県社会福祉協議会
福祉サービス評価センターおおいた
 〒870-0907 大分市大津町2-1-41 大分県総合社会福祉会館内
 TEL 097-558-1560 FAX 097-558-1990

(評価センター記入欄)受付No.