

福祉サービス第三者評価申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会会長 様

法人名	
法人住所	
代表者職・氏名	印

この事業所の福祉サービス第三者評価を受審したいので申し込みます。

1 事業所の概要

施設・事業種別			
施設・事業所名			
施設長名			
所在地	〒		
担当者職氏名		電話番号	FAX 番号
担当者 電子メールアドレス			
開設年月日		(入所・通所・利用) 定員	
職員数	人		

2 評価の実施希望時期

(1) 評価基準研修会	月ころ
(2) 事業所自己評価の提出	月ころ
(3) 調査評価者による訪問調査	月ころ
(4) 評価結果報告書の提出	月ころ