**【 福祉サービス第三者評価　受審申込書 】**

年　　 月　 　日

合同会社中川　東北福祉カレッジ

福祉サービス評価機構　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者名）　　　　　　　　　　　　印

下記の通り、福祉サービス第三者評価の受審を申請致します。

**記**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受  審  施  設  の  情  報 | 施設名 |  | | | | | | | | |
| 提供サービス |  | | | | | | 開設日 | | 年　　月　　日 |
| 代表者情報 | 職名 |  | 氏名 | |  | | | | |
| 担当者情報 | 職名 |  | 氏名 | |  | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | FAX番号 | | | |  | |
| E-mail |  | | | | | | | | |
| 利用者数 | 定員：　　　　名　　　　　　現在員：　　　　　　　名 | | | | | | | | |
| 職員数 | 常勤職員：　　　　　 人 | | | | | 非常勤職員：　　　　　 人 | | | |
| 専門職員 | 職名：　　　 　　　　　人数 | | | | | 職名：　　　 　　　　　 人数 | | | |
|  | 職名：　　　 　　　　　人数 | | | | | 職名：　　　 　　　　　　人数 | | | |
| 訪問調査希望時期 | 第一希望：　　　年　　月　　日　　　第二希望：　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| その他ご要望 |  | | | | | | | | | |

※受審申請をFAXまたはメールにて当機構までお送りください。

折り返し、当機構からご案内しますのでご連絡をお待ちくださいませ。

ＦＡＸ( 022 ) 281 – 8617