

平成 年 月 日

特定非営利活動法人いわての保健福祉支援研究会理事長様

所在地
 法人名
 代表者職氏名 印

福祉サービス第三者評価受審申込書

当法人が運営する事業所の福祉サービス第三者評価の受審について次のとおり申し込いたします。

1 受審施設・事業所の概要

施設・事業所名				
施設・事業種類	保育所、障害者・児施設、児童入所施設、高齢者福祉施設、居宅介護等事業、その他			
施設等の長の氏名				
所在地	〒			
担当者職氏名		電話	FAX	
メールアドレス				
定員数	(入所・通所・利用) 定員数	人		
職員数	常勤 () 非常勤 () 臨時 () その他 () 計 ()			

2 訪問調査の希望時期 [有 (平成 年 月 日頃) ・ 無]

3 利用者調査の実施希望

福祉サービス第三者評価の手法及び手続き等に関する規程第10条第1項に定める利用者調査の実施を ① 希望します。 ② 希望しません。

4 第三者評価結果の公表の希望の有無

希望します	希望しません
-------	--------

※ 公表の同意については改めて文書の提出をお願いしますが、福祉サービス第三者評価の結果の公表は受審事業者の同意により行います。公表は当研究会ホームページで公開するとともに、当事務所でも閲覧できるようにします。また、岩手県に報告し岩手県のホームページでも公開されます。

5 その他要望事項