

福祉サービス第三者評価 見積り依頼書

記入日:平成 年 月 日

法人名	フリガナ		-----	
	代表者名			
施設・事業所名	フリガナ		-----	
	代表者名			
サービスの種別				
連絡先	所在地			
	TEL	FAX		
	E-mail			
	担当者	役職名	フリガナ	-----
		氏名	-----	

見積書宛先	※どちらかに○ 1. 法人代表者宛て 2. 事業所代表者宛て			
利用者数	定員 (人)	現在利用者数 (人)		
職員数	常勤 (人)	非常勤 (人)		

受審希望期間	平成_____年度内の受審を希望			
※予定がはっきりしている場合は、お書きください。	※ 自己評価開始から訪問調査まで、概ね3か月を要します。			
	ご希望の期間を下記にご記入ください。			
	平成 年 月 ~ 月頃	の受審を希望		
	※ 例: 平成○年9月(自己評価)~11月(訪問調査)			
受審履歴	※どちらかに○ 1. 有り(平成 年 月) 2. 無し			

通信欄	※ ご自由にお書きください			
-----	---------------	--	--	--