

福祉サービス第三者評価 見積り依頼書

記入日: 令和 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 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. 法人代表者宛て <input type="checkbox"/> 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	令和 年度内の受審を希望  ※ 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。  令和 年 月 ~ 月 頃の受審を希望 ※ 例: 令和〇年9月(自己評価)~11月(訪問調査)			
受審履歴	※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 有り (平成 年 月)	
		<input type="checkbox"/>	2. 無し	
通信欄	※ ご自由にお書きください			