FAX:058-375-3182

福祉サービス第三者評価 見積り依頼書

						記入	日: 令村	<u> 年</u>	<u>月</u>	<u> </u>
注	人夕					フリガナ				
法 人 名						代表者名	1			
施設·事業所名						フリガナ				
						代表者名	1			
サービスの種別							•			
連 絡 先	所在地	₹								
	TEL					FAX				
	E-mail									
	+0 1/1 +4	犯啦力				フリガナ				
	担当者	役職名				氏 名				
							,			
見積書宛先		※どちら	かに 🗸		1. 法人	代表者宛て		2. 事業所	近代表者	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		-		月 ~ 月(自己評価) ·			望	
受審	履歴	※どちらかに ✓				1. 有り 2. 無し		^Z 成 年	Ξ ,	月)
通 信 欄 : ※ ご自由にお書きください										

NPO法人 ぎふ福祉サービス利用者センター びーすけっと

岐阜県各務原市三井北町3丁目7番地尾関ビル3F TEL: 058-375-3181 FAX: 058-375-3182