

送信先 FAX 0957-62-5072

令和 年 月 日

特定非営利活動法人ローカルネット日本評価支援機構 宛

福祉サービス第三者評価ご相談(お見積り)シート

法人名称	(代表者名)
事業所名称	(施設長名)
住所・電話・ FAX・メール	〒(-) TEL FAX メール
担当者様の 氏名・役職	氏名 : 役職 :
サービスの 種 別	
事業所の規模 (対象者・職員 数など) *申込日現在	・定員 名 ・現在の利用者数 名 ・保育所の場合は世帯数 世帯 ・職員数(常勤) 名 ・非常勤数 名
	(*認定こども園の場合は下記類型及び幼稚園部の利用者数もご記入下さい) ()保育所型 ()幼保連係型 ()幼稚園型 ()地方裁量型 ・幼稚園の利用者数 名 *幼稚園利用の世帯数 世帯
第三者評価の 受 審 時 期	<input type="checkbox"/> 年 月頃 ~ 月頃 を希望 <input type="checkbox"/> 未 定
第三者評価の 説明について	<input type="checkbox"/> TELしてほしい <input type="checkbox"/> 訪問してほしい 希 望 日 : 月 日 , 月 日 希 望 時 間 : AM ・ PM
そ の 他	(ご要望がございましたらご記入ください)