

送信先 FAX 番号：0957-62-5072

NPO法人ローカルネット日本評価支援機構 宛

年 月 日

社会的養護関係施設第三者評価見積り依頼書

法人名称	(代表者名)
事業所名称	(施設長名)
事業種別	児童養護施設・乳児院・児童自立支援施設・母子生活支援施設 児童心理治療施設 上記のうち該当する種別を記載してください。 (種別)
ご住所	〒
電話・FAX	TEL FAX
ご役職名	
ご担当者名	
事業所の規模(対象者・職員数など)	利用者数 名・職員数(常勤) 名・非常勤数 名
訪問調査の希望の希望月	() 未定 第1希望： () 月 第2希望： () 月
備考	