

社団法人新潟県社会福祉士会 宛

F A X 0 2 5 - 2 8 1 - 5 5 0 4

## 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     |        | 代表者名  |    |
| 施設・事業所名 |        | 代表者名  |    |
| サービスの種別 |        |       |    |
| 連絡先     | 住所     |       |    |
|         | 電話     | F A X |    |
|         | E-mail |       |    |
|         | 担当者    | 役職名   | 氏名 |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| 見積書宛先                    | 1. 法人代表者名                      2. 事業所代表者名 |
| 見積書体裁<br>(2 サービス以上希望の場合) | 1. 別々に見積書を作成する。<br>2. 1つの見積書とする。          |

|      |                               |                                |
|------|-------------------------------|--------------------------------|
| 利用者数 | 定員 (                      人 ) | 登録数 (                      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たらお書き下さい。 | 自己評価開始～訪問調査まで概ね3ヶ月を要します。ご希望の期間がはっきりしていたら下記にご記入ください。<br><br>平成      年      月～      月頃の受審を希望。<br><br>(例：平成23年11月(自己評価)～1月(訪問調査)) |
| 通信欄<br>(ご自由にお書き下さい) |  |