

様式 2

(社)新潟県社会福祉士会宛

FAX 025 - 281 - 5504

福祉サービス第三者評価 申込書

申込み日:平成 年 月 日

法人名				
代表者名		(役職名)		
		(氏名)		
受審事業所名		(事業所名)		
		(サービス種別)		
代表者名		(役職名)		
		(氏名)		
連絡先	住所	〒		
	電話		FAX	
	E-mail			
	担当者	(役職名)		
		(氏名)		
受審希望期間	概ねの希望時期をご指定ください。			
	契約	平成	年	月頃
	自己評価実施	平成	年	月頃
	評価確定	平成	年	月頃まで
通信欄 (自由にお書き下さい)				