

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

平成 年 月 日

社会的養護施設第三者評価申込書

法人名称	法人名： 代表者名：
事業所名称	
設立年月	昭和 ・ 平成 年 月
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 情緒障害児短期治療施設 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
E-mail	e-mail
ご担当者名	ご役職：
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
調査ご希望月	() 未定 第1希望 () 月頃 第2希望 () 月頃
社会的養護施設第三者評価の説明に説明について	() TELしてほしい () 訪問してほしい 希望日： 月 日 , 月 日 希望時間：AM・PM
ご質問、ご要望等ご自由にお書きください	