

FAX 0957-62-5072

平成 年 月 日

NPO 法人 ローカルネット日本評価支援機構 宛

第 三 者 評 価 申 込 書

法人名称	
事業所名称	(代表者名)
設立年月	昭和 ・ 平成 年 月
事業種別	<input type="checkbox"/> 高齢分野 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム
	<input type="checkbox"/> 児童分野 保育所、児童館
	<input type="checkbox"/> 障害分野 障害福祉サービス（障害者自立支援法に規定する療養介護・生活介護・自立訓練（機能訓練・生活訓練）・就労移行支援・就労継続支援（A型・B型）・障害者支援施設・共同生活介護・共同生活援助）障害児入所支援（福祉型障害児入所支援・医療型障害児入所支援）障害児通所支援（児童発達支援・医療型児童発達支援・放課後等デイサービス）
	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 E-mail	TEL FAX E-mail @
ご担当者名	ご役職：
事業所の規模(対象者・職員数など)	・定員 名 ・利用者数 名 ・職員数(常勤) 名 ・非常勤数 名
	(* 認定子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 () 幼保連携型 () 幼稚園型 () 地方裁量型 ・幼稚園の利用者数 名 ・利用者全世帯数 名
調査ご希望月	4月中旬～来年2月の間でご記入ください。 () 未定 第1希望 () 月頃 第2希望 () 月頃
第三者評価の説明について	() 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