

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

社会的養護関係施設第三者評価見積り依頼書

| | |
|-------------------|---|
| 法人名称 | |
| 事業所名称 | (代表者名) |
| 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 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 |
| 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 |
| 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 |
| その他備考 | |