**福祉サービス第三者評価受審問合せ　兼　申込書**

一般社団法人愛知県社会福祉士会（福祉・介護サービス情報調査センター）に

第三者評価の受審問い合わせ、または申込みをします。

記入日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名（ふりがな） |  |
| 法人住所 | 〒 |
| 法人代表者（ふりがな） |  |
| 連絡ご担当者様氏名 |  |
| 担当者の連絡先 | TEL: |
| FAX: |
| Email: |
| 受審を希望する年度 |  |
| 受審を希望する事業所① |
| 事業所名 |  |
| 所在地住所 | 〒 |
| サービス種別 |  |
| 定員/利用者数 | 名/　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| ※保育所　利用世帯数 | 世帯 |
| 過去の受審の有無 | 有　・　無 |
| 受審を希望する事業所② |
| 事業所名 |  |
| 所在地住所 | 〒 |
| サービス種別 |  |
| 定員/利用者数 | 名/　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| ※保育所　利用世帯数 | 世帯 |
| 過去の受審の有無 | 有　・　無 |

※受審を希望される事業所が3か所以上の場合は、上記表を追加してご記入ください。