

令和6年度 福祉サービス第三者評価 申込書

申込先 特定非営利活動法人 福祉総合評価機構 長崎県事務所

次の事業所の福祉サービス第三者評価を申し込みます。

法人名			
代表者名			
事業種別			
事業所の名称			訪問調査を 希望する月
所在地	〒		月
利用者数	人	職員数	人
第三者評価担当者	連絡先		
役職:	TEL:	E-MAIL	
氏名:	FAX:		

申込み年月日 令和 年 月 日

【通信欄】

FAX送信先 095-841-8018

特定非営利活動法人 福祉総合評価機構 長崎県事務所