

平成 年 月 日

福祉サービス第三者評価事業受審申込書

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会
会 長 関 正 夫 様

法人名

代表者名

印

当法人が設置・運営する下記事業所について福祉サービス第三者評価の受審を貴会
に申し込みいたします。

記

1 施設・事業所の概要

事業所名			
施設種別		定 員 (利用人数)	(人)
事業所 所在地	〒 ー		
施設長名			
事業に関する 担当者名	※ 担当者が施設長の場合は記入不要		
訪問調査希望日 (2日間)	第一希望	平成25年 8月 日 () ~	月 日 ()
	第二希望	平成 年 8月 日 () ~	月 日 ()
	第三希望	平成 年 8月 日 () ~	月 日 ()
連絡先 電話・FAX	TEL	ー	ー
	FAX	ー	ー