

平成 年 月 日

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

指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護
外部評価に関する受審申込及び日程について

「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成18年3月14日厚生労働省令第34号)第86条第2項に定める「指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針」並びに、「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(平成18年3月14日厚生労働省令第36号)第97条第7項「指定認知症対応型共同生活介護の基本取扱方針」のうち、認知症対応型共同生活介護事業所における外部評価について、「社会福祉法人茨城県社会福祉協議会指定小規模多機能型居宅介護等外部評価実施要項(以下「実施要項」という。)に基づき、当法人が設置・運営する下記事業所の外部評価を貴会に受審を申し込みいたします。

記

1. グループホームの概要

法人名		ユニット数	ユニット
事業所名		定員	人
事業所番号	0 8		
事業所所在地	〒 -		
事業所電話・FAX	TEL -	-	
	FAX -	-	
担当者名			
担当者連絡先電話・FAX	TEL -	-	
	FAX -	-	

2. 訪問調査予定日

第1希望	月	日()
第2希望	月	日()
第3希望	月	日()

3. 評価手数料の支払方法

1回払 2回払

評価手数料の支払い方法を事業所の希望により選択し、いずれかの支払方法を で 囲んで下さい。