

無限責任中間法人

アクティブ ケア アンド サポート 行

福祉サービス第三者評価申込書

下記のとおり、申込みます。

	申 込 日	年 月 日
申 込 者	法人名・事業所名 (ふりがな)	
	所 在 地	(〒)
	所 属 ・ 役 職	
	氏名 (ふりがな)	印
連 絡 担 当 者	所 属 ・ 役 職	
	氏名 (ふりがな)	印
	電話(代表/直通)	
	F A X	
	住所(上記申込者と 異なる場合)	(〒)

申込内容 (具体的にご記入ください)	
対象福祉サービス／事業内容：	
評価希望時期：	年 月頃

お願い：貴法人・事業所案内、福祉サービスカタログなど評価の対象となる活動、サービスの内容がわかる資料を添付してください。

以 上

A	受 注 日	年 月 日	
C	受理番号	—	
S	報 告 日	年 月 日	