

【メール添付でのお申込は hyouka@fukushi.care 宛に。FAX でのお申込は 072-227-4568 宛に】

大阪府福祉サービス第三者評価申込書

「大阪府認証評価機関 一般社団法人ば・まる」に、大阪府福祉サービス第三者評価の受審を下記の通り申し込みます。 令和 年 月 日

施設名			
施設サービス対象 (該当するものに○)	高齢・障害・児童	施設種別 (指定を受けているサービス種類)	
法人名 法人番号 (13桁)			
郵便番号 (施設所在地) 住 所	〒		
指定番号		指定年月日	
評価担当：職名氏名	職名： 氏名：	職名： 氏名：	
評価連絡先電話番号		評価連絡先 FAX 番号	
利用定員	名	申込時点の利用者数	名
評価調査者の食事代 (税込一食単価)	円	評価調査者利用可能な駐車場の有無	無し・有 (台)
事前セミナー (有料)	希望 ・ 不要	事後セミナー (有料)	希望 ・ 不要
評価連絡先メール	@		
備考 (お支払、締支払日等、請求先等の希望事項等ございましたら、記載下さい)			
事前訪問打合せ希望日 (夕方以降可・土日祝日可)	第一希望 月 日 時～ 時頃	第二希望 月 日 時～ 時頃	第三希望 月 日 時～ 時頃
訪問調査希望日 (施設種により訪問調査1日半～2日必要な場合があります)	第一希望 月 日()	第二希望 月 日()	第三希望 月 日()
利用者調査を	行う・行わない	第三者評価受審歴	有 ・ 無し

※未定・不明の欄は空欄で結構です。

【メール添付でのお申込は hyouka@fukushi.care 宛に。FAX でのお申込は 072-227-4568 宛に】