

# 地域密着型サービス外部評価 受審申込書

申込日： 年 月 日

特定非営利活動法人 評価機関あんしん 殿

下記のとおり、地域密着型サービス事業所の外部評価受審につき申し込みいたします。

法人名	(フリガナ)	代表者職・氏名	(フリガナ)	印
主たる事務所の住所	〒			

◎受審をご予定の事業所について

事業種別	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <small>*いずれかに「レ」をご記入下さい。</small>		
事業所番号		指定年月日 (初回)	平成 年 月 日
事業所名	(フリガナ)	管理者名	(フリガナ)
事業所住所	〒	電話番号	
		FAX番号	
		メールアドレス	
*外部評価のご対応をいただく方（上記管理者様と同じ場合はご記入不要です。）			
外部評価担当者	(フリガナ)	電話番号	
		FAX番号	
		メールアドレス	

認知症対応型共同生活介護事業所		小規模多機能型居宅介護事業所	
ユニット数及び利用者数	ユニット名	登録利用者数	名
前回公表日	年 月 日	訪問調査ご希望時期	年 月 日～ 年 月 日
今回公表ご希望日	年 月 日	*公表ご希望日の50日以上前の日程でご検討下さい。	
事前訪問は必要ですか？ (いずれかに「レ」をご記入下さい。)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	*「必要」の事業所様には、事前にご予約の上、評価担当者より外部評価の要領等のご説明にお伺い致します。 *「不要」の事業所様には、当機関評価担当者よりお電話で、訪問日程等のご相談をさせていただきます。	
*事前訪問の有無に関わらず、外部評価の手引き等の必要書類は事前にご送付致します。			

★お申し込みはご郵送、FAX又はメール（本紙添付に限ります。）で受け付け致します。

★本申し込みがあり次第、ご担当者様あてにご連絡を差し上げます。万一、本紙の送付後、1週間を過ぎても当機関より連絡がない場合は、未着の恐れがありますので、お手数ですが当機関まで電話にてご一報いただければ幸いです。

(通信欄)	◎お問い合わせ・申込書送付先 〒596-0814 大阪府岸和田市岡山町499-1 特定非営利活動法人 評価機関あんしん TEL 072-444-8080
-------	---

F A X 0 7 2 - 4 4 4 - 8 0 8 7