

一般社団法人 **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。

	お申込み日	年 月 日
申 込 者	法人名・事業所名	
	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
	電話番号	
	F A X	
	住所(上記申込者と異なる場合)	(〒)

お申込み内容(具体的にご記入ください)	
1.対象福祉サービス/事業内容:	
2.職員数: 名 利用者定員(保護者数): 名(名)	
3.実施時期(予定): 年 月~ 年 月	

〔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	