

平成23年度 福祉サービス第三者評価 申込書

申込先 特定非営利活動法人 福祉総合評価機構 長崎県事務所

次の事業所の福祉サービス第三者評価を申し込みます。

法人名			
代表者名			
事業所の名称	事業所所在地	訪問調査を希望する月	
	〒	月	
評価調査担当者名	連絡先		
役職:	TEL:	E-MAIL	
氏名:	FAX:		
利用者数	人	職員数	人

申込年月日 平成 年 月 日

【通信欄】

FAX送信先 095-818-3567

特定非営利活動法人 福祉総合評価機構 長崎県事務所