

(評価受審の際には、この用紙に必要事項をご記入の上で下記宛にご提出下さい)

特定非営利活動法人 福祉支援 殿  
FAX 019-651-8400、TEL019-623-5000  
〒020-0065 盛岡市西下台町18-28

福祉サービス第三者評価受審申請書

下記のとおり評価受審申請いたします。

申請日 年 月 日

申請者	事業者名 (ふりがな)
	所在地 (〒)
	所属・役職 氏名 (ふりがな) 印

※連絡担当者が申請者と異なる場合は以下にご記入願います。同一の場合はTEL・FAX番号のみ記入願います。

連絡担当者	事業者名 (ふりがな)
	所在地 (〒)
	所属・役職 氏名 (ふりがな) 印
	TEL FAX

評価申請内容

評価対象事業者	評価対象事業者が申請者と異なる場合は以下にご記入願います。
	評価対象事業者名 (ふりがな)
	所在地 (〒)
	代表者 所属・役職 氏名 (ふりがな) 印
評価対象業務：	設立時期： 年 月
訪問調査希望時期	月 上/中/下 (旬) (申請時期から2ヶ月先を目処としてください)
評価に関する希望	