

公益社団法人新潟県介護福祉士会
 福祉サービス第三者評価 受審申込書

申込日 平成 年 月 日

法人名			
法人代表者名			
事業所種別			
事業所名			
事業所代表者名 (施設長・園長・管理者等)			
事業所連絡先	住所	〒	
	電話		
	FAX		
	e-mail		
	ホームページ		
	担当者名		役職名
利用者数(直近)	定員()	登録数()	
職員数(直近)	常勤()	非常勤()	
訪問調査希望時期 予定がはっきりしていたら お書きください。(希望する 時期に○をする)	第1希望	月	初旬・中旬・下旬を希望
	第2希望	月	初旬・中旬・下旬を希望
通信欄(ご自由にお書き ください)			