

公益社団法人新潟県介護福祉士会
 地域密着型サービス外部評価
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	グループホーム				
事業所名					
事業所連絡先	住所	〒			
	電話				
	FAX				
	e-mail				
	事業所番号				
	事業所管理者名				
	担当者名			役職名	
店員及びユニット	ユニット	各ユニット 定員数	ユニット①	ユニット②	ユニット③
			人	人	人
開設年月日	平成 年 月 日 開設				
前回の評価について	訪問調査実施日	平成 年 月 日			
	評価確定日	平成 年 月 日			
今回の評価の希望	①自己評価	平成 年 月 日に 実施済み・実施予定（○を付けてください）			
	②訪問調査	平成 年 月 を希望			