

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 見積り依頼書

依頼日 平成 年 月 日

法人名				
法人代表者名				
受審事業所 サービス種別				
受審される事業所名				
受審事業所の代表者名 (施設長・園長・管理者等)				
受審される 事業所連絡先等	住所	〒		
	電話			
	FAX			
	e-mail			
	ホームページ			
	担当者名		役職名	
事業所 利用者数(直近)	定員( 人)	登録数( 人)		
事業所職員数(直近)	常勤( 人)	非常勤( 人)		
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○を付けて下さい)	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)				

※複数受審の場合は本書をコピーして使用してください。