

FAX送信 FAX 083-924-2798

申込日 平成24年 3月 1日

(送信状なしで本申込書のみ送信して下さい。)

ショートステイがある場合は、その定員も含めて記入してください。

サービス第三者評価受審申込書

事業所名称		○○○○○園		非常勤職員も含めた人数を記入してください。	
法人名称		社 福祉法人 ◇◇◇◇◇会			
設立年月	昭和・平成 7 4月 1日	職員数	62 名		
定員	80 名	利用者数	78 名		
併設施設		知的障害者更生施設○○○園、◇◇◇保育園			
施設種別 (該当に○印を付けて下さい)	老人福祉施設	養護老人ホーム、 <u>特別養護老人ホーム</u> 、軽費老人ホーム			
	生活保護施設	救護施設、宿所提供施設			
	児童福祉施設	乳児院、児童養護、情緒障害児短期治療、知的障害児、知的障害児通園、ろうあ児、肢体不自由児、重症心身障害児、児童自立支援、母子生活支援、保育所、へき地保育所			
	障害者福祉施設	旧施設種別	身体障害者更生、身体障害者療護、身体障害者入所授産、身体障害者通所授産、身体障害者小規模通所授産、身体障害者福祉工場		
知的障害者更生、知的障害者授産、知的障害者小規模通所授産、知的障害者通勤寮、知的障害者福祉ホーム					
精神障害者生活訓練、精神障害者通所授産、精神障害者入所授産、精神障害者福祉ホーム、精神障害者福祉ホームB型、精神障害者福祉工場、精神障害者地域生活支援センター、精神障害者小規模通所授産					
所在地	住所	〒753-0072 山口市大手町9番6号			
	電話	083-924-2830	FAX	083-924-2798	
	E-mail	hyoka-chosa@yg-you-i-net.or.jp			
	URL	http://www.yamaguchikensyakyo.jp			
事業所までの主な利用交通手段		JR◆◆線 △△△駅下車 徒歩15分			
施設長 氏名	施設長	○○ ○○			
法人代表者 氏名	理事長	○○ ○○			
連絡担当者 職氏名	事務長	○○ ○○			
訪問調査希望時期 (希望する時期に○印をする)	第1希望	11月 <u>上旬</u> 中旬 下旬		第2希望	10月 上旬 中旬 <u>下旬</u>
	第3希望	11月 <u>上旬</u> 中旬 下旬			
	《通信欄》				

申込日現在の利用者数を記入してください。

事業所の最寄りの公共交通機関(駅・バス停等の名称)、事業所までの交通手段、所要時間等について記入してください。

当日訪問調査を行う評価調査者との日程調整により、訪問調査日を決定します。「希望時期」はなるべく第3希望まで記入してください。