

## 令和6年度 地域密着型サービス外部評価 申込書

申込先 特定非営利活動法人 福祉総合評価機構 長崎県事務所

次の事業所の外部評価を申し込みます。

事業所名		訪問調査を希望する月
所在地	〒	月
ユニット数:	事業所番号	
連絡先		外部評価担当者
TEL: FAX:	E-MAIL	役職: 氏名:

令和 年 月 日

法人名	
代表者名	
所在地	〒
電話番号	

【通信欄】

**FAX送信先 095-841-8018**

特定非営利活動法人 福祉総合評価機構 長崎県事務所