令和　　年　　月　　日

（様式３）

　福岡県福祉サービス第三者評価推進機構

　社会福祉法人

福岡県社会福祉協議会

会　長　酒　見　俊　夫　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名 　　 印

評価調査者登録消除申請書

　次のとおり、評価調査者の登録の消除を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ふりがな | 生年月日（和暦） | 昭和・平成　 年　 　月 　　日 |
|  |
| 現住所 | 〒　　　－　　　  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 登録番号 |  |
| 消除の理由 |  |
| 添付書類 | ・評価調査者登録証明書 |

　　※１　氏名欄の氏名は、はっきりとわかるように楷書で記入し、必ずふりがなを付し

てください。

※２　ＴＥＬ及びＦＡＸ欄に記入された連絡先は、記載事項に疑義が生じた場合のみ、

使用し、それ以外の目的では使用しません。

※３　申請者氏名欄は、消除申請者本人が自筆・押印してください。

※４　登録番号欄は、評価調査者登録証明書記載の登録番号を記載してください。