　福岡県社会福祉協議会　地域福祉部　権利擁護センター　行　**FAX 092-584-3790**

令和６年度外部評価受審申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **◆　受審事業所 ◆** | | | | | | | | | | | | | 申込日 | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 法人等名 | | ふりがな | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | ふりがな | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 事業者番号 | | ４０ |  |  |  | |  |  |  | |  |  | 開設年月日 | 平成  令和　　　　　年　　　 月　　　 日 |
| ユニット数 | | ユニット | | | | 利用者数  ※申込日現在 | | | | 名 | | | ユニット  増設の予定 | なし　・　あり  令和　　　年　　　月頃 |
| 事業所住所  ＴＥＬ・ＦＡＸ | | 〒  ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 / 　ＦＡＸ： | | | | | | | | | | | | |
| Ｅメール  アドレス | |  | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | 氏名 | ふりがな | | | | | | | | | 担当者  外部評価 | | 氏名 | ふりがな |
|  | | | | | | | | |  |
| 役職 |  | | | | | | | | | 役職 |  |

**１．訪問調査の希望時期について（訪問は月～金曜日：祝日を除く）**

　※令和７年２月までの間で、ご希望の時期の欄に○をつけてください。

（１）上旬・中旬・下旬は目安です。ご希望に添えないことがありますので、予め御了承ください。

（２）訪問調査日は契約締結後、希望時期の２ヶ月前を目途に事務局から日程調整の電話をいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 月 | 上旬  （１～１０日) | 中旬  (１１～２０日) | 下旬  (２１～末日) |
| 第１希望 | 令和　　　 年 　　　月 |  |  |  |
| 第２希望 | 令和　　 　年　 　　月 |  |  |  |
| 第３希望 | 令和　　　 年 　　　月 |  |  |  |

**２．データ送付用記録媒体**　　※ご希望媒体①～②の番号を○で囲んでください。

①　Ｅメール（上記「受審事業所」Ｅメールアドレス）

②　ＵＳＢメモリ

**３．調査関係書類等について送付先が上記「受審事業所」と異なる場合**は記載ください。

〒

●問い合わせ先：福岡県社会福祉協議会 地域福祉部 権利擁護センター ＴＥＬ（092）584-3610