

地域密着型サービス外部評価申込書

平成 年 月 日

事業所名	(指定事業所番号 :)
法人名 代表者名	
住所 連絡先	〒 TEL ; FAX ; Mail ;
担当者名	
評価時期 第1希望	平成 年 月 上旬頃 ・ 中旬頃 ・ 下旬頃
評価時期 第2希望	平成 年 月 上旬頃 ・ 中旬頃 ・ 下旬頃
グループホーム ユニット数	ユニット (入所者数 名)
その他、本事業に関する意見要望などあればご記入下さい	

送信先： 一般社団法人 福島県介護支援専門員協会 事務局宛

Fax 024-924-7202