社団法人新潟県介護福祉士会　宛　ＦＡＸ番号　０２５－２８１－７７１０

福祉サービス第三者評価　見積り依頼書

記入日　平成　　年　　月　　日

法人名		
法人代表者名		
施設、事業所名		
施設、事業所代表者名（施設長・管理者等）		
連　絡　先	住　所	
	電　話	
	ＦＡＸ	
	e-mail	
	担当者名	
	役職名	
評価対象サービス種類名（サービス種別ごと）	1＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 2＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 3＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	
評価対象事業所　利用者数（サービス種別ごと）	1　定員（　　人）　登録数（　　人） 2　定員（　　人）　登録数（　　人） 3　定員（　　人）　登録数（　　人）	
評価対象事業所　職員数（サービス種別ごと）	1　常勤（　　人）　非常勤（　　人） 2　常勤（　　人）　非常勤（　　人） 3　常勤（　　人）　非常勤（　　人）	
評価希望時期（〇で囲み下さい。また、予定がはっきりしていたらお書き下さい。）	・平成　　年　　月～　　月　（第１希望） ・平成　　年　　月～　　月　（第２希望） ・平成　　年　　月～　　月　（第３希望） ・その他希望（　　）	
連絡事項（ご自由にお書き下さい。）		