

平成 年 月 日

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会
会長 佐藤 博身 様

法人名

代表者名

㊟

福祉サービス第三者評価受審申込書

当法人が運営する事業所の福祉サービス第三者評価の受審について、次のとおり申し込みいたします。

なお、申し込みにあたり、次の各規程に定める事項について遵守並びに留意します。

- 1 福祉サービス第三者評価実施規程
- 2 福祉サービス第三者評価の手法に関する規程
- 3 個人情報保護規程
- 4 福祉サービス第三者評価に伴う守秘義務規程
- 5 福祉サービス第三者評価に伴う倫理規程

【受審施設】

施設の種別 (該当するものに☑する)	児童福祉	<input type="checkbox"/> 乳児院 <input type="checkbox"/> 知的障害児施設 <input type="checkbox"/> 重症心身障害児施設 <input type="checkbox"/> 児童館	<input type="checkbox"/> 母子生活支援施設 <input type="checkbox"/> 難聴幼児通園施設 <input type="checkbox"/> 児童自立支援施設 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 児童養護施設 <input type="checkbox"/> 肢体不自由児施設 <input type="checkbox"/> 保育所
	障害福祉	<input type="checkbox"/> 身体障害者更生施設 <input type="checkbox"/> 身体障害者授産施設 <input type="checkbox"/> 知的障害者更生施設 <input type="checkbox"/> 知的障害者通勤寮 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 身体障害者療護施設 <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉ホーム <input type="checkbox"/> 知的障害者授産施設 <input type="checkbox"/> 知的障害者福祉ホーム	
	その他	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> その他 ()	
(フリガナ) 施設の名称				

〔県社協記入欄〕

受付No.		受付年月日	平成 年 月 日
-------	--	-------	----------

