

年 月 日

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会
会長 三浦 廣巳 様

法人名

代表者名

印

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 (該当する者に ☑する)	児童福祉	<input type="checkbox"/> 乳児院 <input type="checkbox"/> 児童養護施設 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 医療型障害児入所施設 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 母子生活支援施設 <input type="checkbox"/> 児童自立支援施設 <input type="checkbox"/> 福祉型障害児入所施設
	障害福祉	<input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉ホーム <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型
	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	年	月	日
-------	--	-------	---	---	---

(別紙)

福祉サービス第三者評価に係る基本情報

【法人の情報】

法人の種類	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人	<input type="checkbox"/> 医療法人		
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> NPO法人	<input type="checkbox"/> その他 ()		
施設の名称				
法人の代表者	役職	氏名		
法人の所在地	〒 -			
法人の連絡先	TEL	-	FAX	-
	Email			

【受審施設の情報】

施設の代表者	役職	氏名		
施設の所在地	〒 -			
施設の連絡先	TEL	-	FAX	-
	Email			
開設年月日		利用定員	名	
現員数	名	利用者アンケート対象者数(※)	本人・家族 小学4年生以上	名 名

※ アンケートの対象者は利用者本人（保護者）又は家族で、原則的には現員数と同数となります。

ただし、児童養護施設の場合は、小学4年生以上の人数、母子生活支援施設の場合は、母親と小学4年生以上の人数を記入してください。

【訪問調査の実施に伴う確認事項】

訪問調査(1回目)希望年月	第1希望 (年 月) 第2希望 (年 月) ※ 2回目の訪問調査は、1回目の訪問調査日から2週間後位を目安に設定します。
訪問調査の曜日希望(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> その他 ()
調査者希望組合せ	<input type="checkbox"/> 男性3名 <input type="checkbox"/> 男性2名女性1名 <input type="checkbox"/> 女性3名 <input type="checkbox"/> 女性2名男性1名 <input type="checkbox"/> 本会に一任
(受審2回目以降の場合)調査者の希望	<input type="checkbox"/> 前回と同じ調査者を希望 <input type="checkbox"/> 前回と異なる調査者を希望 <input type="checkbox"/> 本会に一任 <input type="checkbox"/> その他 ()

【第三者評価に関する連絡先及び担当者】

連絡先	TEL	-	FAX	-
	Email			
担当者	職名	氏名		