

地域密着型サービス外部評価 受審申込書

「NPO法人介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ」宛て

次のとおり地域密着型サービス外部評価の受審を申し込みます。 **F A X 022-276-5205**

記入日 年 月 日

運営主体法人名			
事業所名（正式名称）			
サービスの種類	認知症対応型共同生活介護		
住所	〒		
電話番号			
ファックス番号			
メールアドレス			
介護保険事業所番号			
指定年月日	年	月	日
利用定員数	名	ユニット数	ユニット 【ユニット名】
管理者名			
外部評価担当者職・氏名			
前回実施の訪問調査日	年	月	日 初めて外部評価を受審する
介護サービス情報の公表調査との同一日調査について（○で囲んでください）	希望する	・	希望しない
希望する訪問調査実施時期	第1希望	年 月 日頃	
	第2希望	年 月 日頃	
連絡事項	自己評価票・情報提供項目の送付は、E-mailでお願いいたします。 尚、E-mail利用ができない場合は、ご希望の送付方法をお書きください。 ()		

※宮城県長寿社会政策課（26.6.1現在）認知症対応型共同生活介護一覧を参照しました。
変更箇所があれば訂正して下さい。