

一般社団法人 広島県シルバーサービス振興会 宛

FAX 082-254-9690

地域密着型サービス外部評価申込書

介護事業所名			
事業所番号			
法人名			
ふりがな		ふりがな	
代表者名		管理者・担当者名	
事業所所在地	〒		
連絡先	TEL	FAX	
Eメールアドレス			
外部評価実施希望月・日	第1希望月	令和	年 月 日
	第2希望月	令和	年 月 日
	第3希望月	令和	年 月 日
※ 調査希望日が確定しない場合には、未記入でもよろしいです。後日、振興会よりご連絡し、調整させていただきます。			
訪問日不都合な日・曜日	毎週	曜日	※ 例えば:往診日のため ()
認知症対応型共同生活介護事業所	()	ユニット	利用定員()人
交通の便(最寄の交通機関等)			
備考			

一般社団法人 広島県シルバーサービス振興会
広島市南区皆実町一丁目 6-29
広島県健康福祉センター1階
TEL(082)-254-9699 FAX(082)-254-9690