◆ＦＡＸ送付先（送り状不要）：０５９－２２７－５６３１◆

三重県社会福祉協議会　地域密着型サービス外部評価事業　宛

**下記の必要事項記入の上、メールまたはＦＡＸにて提出お願いします。**

**令和６年度認知症対応型共同生活介護事業所外部評価受審申込書**

　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | |
| 外部評価  事務担当者 | 職　名 | ふりがな  氏　　名 |
| 事業所所在地 | 〒　　　- | |
| 連絡先 | T E L : 　　　―　　　　―  F A X : 　　　―　　　　―  E-mail: | |
| 法人名 |  | |
| 法人住所 | 〒　　　- | |
| 法人連絡先 | T E L : 　　　―　　　　―  F A X : 　　　―　　　　―  E-mail: | |
| 自己評価等の　　電子媒体の送付方法について | 自己評価は紙ベース以外に電子データでのご提出も必要ですので、いずれかでお願いします。（〇で囲んでください）  E-mail　　　　USB　　　 その他（　　　　　　） | |
| ユニット数  入居者人数 | ユニット　　名（　　　月　　日時点） | |
| 希望調査月  (3カ所に〇をつけてください) | 令和6年度は令和6年6月～令和7年2月の間で調査を行います。  ※○が1カ所または2ヶ所しかない場合はどの月でも可とみなします。  6月・7月・8月・9月・10月・11月・12月・1月・2月 | |
| 備考欄 |  | |