

福祉サービス第三者評価受審についての連絡書

連絡日 年 月 日

法人名			
事業所名			
連絡先	住所	〒 熊本県	
	電話		
	FAX		
担当者氏名（職名）			
利用者数（世帯）	世帯	職員数	人
【連絡内容】該当する項目の四角（□）にチェック（✓）をお付けください。			
<input type="checkbox"/> ① 受審を申し込みたい。見積もりをお願いしたい。  訪問調査希望時期： 年 月頃の訪問調査を希望  ※契約日から訪問調査開始まで約2カ月程の日程が必要です。訪問調査日時は契約締結後に話し合いにて決定いたします			
<input type="checkbox"/> ② 説明を聞きたい。見積もりをお願いしたい。			
<input type="checkbox"/> ③ その他＜具体的に記入ください＞			

＜問合せ・ご相談＞

NPO法人九州評価機構

〒862-0954 熊本市中央区神水2丁目5-22

TEL 096-382-7879

FAX 送信先 096-300-3260  
NPO法人 九州評価機構