**申込送り先：一万人市民委員会宮城 ＦＡＸ：０２２－２９３－８２３０**

地域密着型サービス外部評価 受審申込書

**申込日：令和 年 月 日**

**次のとおり 特定非営利活動法人介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会の地域密着型サービス外部評価の受審を申し込みます。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業所名** | |  | | **法 人 名** | |  | |
| **種** | **別** | **認知症対応型共同生活介護** | | **（** |  |  | **）ユニット** |
| **事業所番号** | |  | | | | | |
| **開設年月日** | |  | | | | | |
| **住** | **所** |  | | | | | |
| **電話番号** | |  | | **FAX 番号** | | |  |
| **E-mail ｱﾄﾞﾚｽ** | |  | | | | | |
| **管理者氏名** | |  | | | | | |
| **外部評価担当者職・氏名** | |  | | | | | |
| **調査ご希望月** | | **第１希望** | **年** |  | **月** |  | **頃** |
| **第２希望** | **年** |  | **月** |  | **頃** |

**お問い合わせは、一万人市民委員会宮城事務局までお願いします。**

**TEL 022-293-8158 FAX 022-293-8230 　E-mail ichi@ichimannin.com**