

(様式第 1 号)

FAX送信 FAX 083-924-2798

申込日 年 月 日

(送信状なしで本申込書のみ送信して下さい。)

令和 8 年度 福祉サービス第三者評価受審申込書

|                                                                                           |                   |                                                                                                 |                      |                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--|
| 事業所名称                                                                                     |                   |                                                                                                 |                      |                      |  |
| 法人名称                                                                                      |                   |                                                                                                 |                      |                      |  |
| 設立年月                                                                                      |                   | 昭和・平成<br>令和 年 月 日                                                                               | 職 員 数                | 名                    |  |
| 定 員                                                                                       |                   | 名                                                                                               | 利用者数                 | 名                    |  |
| 併設施設                                                                                      |                   | 分舎の有無                                                                                           |                      | 有 [( ) 箇所]・無         |  |
| (該<br>施<br>設<br>・<br>事<br>業<br>所<br>種<br>別<br>に<br>○<br>印<br>を<br>付<br>け<br>て<br>下<br>さい) | 高齢者福祉             | 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、通所介護事業所、訪問介護事業所                                                       |                      |                      |  |
|                                                                                           | 厚生                | 救護施設、女性自立支援施設                                                                                   |                      |                      |  |
|                                                                                           | 障害福祉サービス          | 療養介護事業所、生活介護事業所、自立訓練(機能訓練・生活訓練)事業所、就労移行支援事業所、就労継続支援事業所、共同生活援助事業所                                |                      |                      |  |
|                                                                                           | 障害者支援<br>(施設入所支援) | 障害者支援施設(施設入所支援)                                                                                 |                      |                      |  |
|                                                                                           | 保育                | 保育所                                                                                             |                      |                      |  |
|                                                                                           | 児童福祉              | 乳児院、児童養護施設、児童心理治療施設、児童自立支援施設、母子生活支援施設、自立援助ホーム<br>福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、福祉型児童発達支援センター、障害児通所支援事業所 |                      |                      |  |
| 所<br>在<br>地                                                                               | 住 所               | 〒 -                                                                                             |                      |                      |  |
|                                                                                           | 電 話               |                                                                                                 | F A X                |                      |  |
|                                                                                           | E-mail            |                                                                                                 |                      |                      |  |
|                                                                                           | U R L             | http://                                                                                         |                      |                      |  |
| 事業所までの<br>主な利用交通手段                                                                        |                   |                                                                                                 |                      |                      |  |
| 施設長 フリガナ<br>氏名                                                                            |                   |                                                                                                 |                      |                      |  |
| 法人代表者 フリガナ<br>氏名                                                                          |                   |                                                                                                 |                      |                      |  |
| 連絡担当者 フリガナ<br>職氏名                                                                         |                   |                                                                                                 |                      |                      |  |
| 訪問調査希望時期<br>(目安は9月～12月です<br>※翌年(1～3月)につきま<br>しても、ご相談に応じます)                                |                   | 第 1 希望 月<br>上旬 中旬 下旬                                                                            | 第 2 希望 月<br>上旬 中旬 下旬 | 第 3 希望 月<br>上旬 中旬 下旬 |  |
| 《通信欄》                                                                                     |                   |                                                                                                 |                      |                      |  |

FAX送信 FAX 083-924-2798

申込日 令和8年 月 日

注・申込書は1施設・事業所につき1枚記入してください。  
(「施設・事業所種別」欄には1箇所のみ○をしてください)

## 令和8年度 福祉サービス第三者評価受審申込書

|                                                        |               |                                                                                                 |      |                                              |  |
|--------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------|--|
| 事業所名                                                   |               | ショートステイがある場合は、その定員も含めて記入してください。<br>○○○○○○園                                                      |      | 非常勤職員も含めた人数を記入してください。                        |  |
| 法人名称                                                   |               | 福祉法人 ◇◇◇◇◇会                                                                                     |      |                                              |  |
| 設立年月                                                   |               | 昭和・平成<br>令和 2年 4月 1日                                                                            | 職員数  | 62                                           |  |
| 定員                                                     |               | 80名                                                                                             | 利用者数 | 78名                                          |  |
| 併設施設                                                   |               | 障害者支援施設○○○園 ←敷地内の併設事業所<br>◇◇◇保育園 敷地外の分舎→                                                        |      |                                              |  |
| 施設・事業所種別<br>(該当に○印を付けて下さい)                             | 高齢者福祉         | 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、訪問介護事業所、訪問介護事業所                                                      |      |                                              |  |
|                                                        | 厚生            | 救護施設、女性自立支援施設                                                                                   |      |                                              |  |
|                                                        | 障害福祉サービス      | 療養介護事業所、生活介護事業所、自立訓練(機能訓練・生活訓練)事業所、就労移行支援事業所、就労継続支援事業所、共同生活援助事業所                                |      |                                              |  |
|                                                        | 障害者支援(施設入所支援) | 障害者支援施設(施設入所支援)                                                                                 |      |                                              |  |
|                                                        | 保育            | 保育所                                                                                             |      |                                              |  |
|                                                        | 児童福祉          | 乳児院、児童養護施設、児童心理治療施設、児童自立支援施設、母子生活支援施設、自立援助ホーム<br>福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、福祉型児童発達支援センター、障害児通所支援事業所 |      |                                              |  |
| 所在地                                                    | 住所            | 〒753-0072<br>山口市大手町9番6号                                                                         |      |                                              |  |
|                                                        | 電話            | 083-924-2830                                                                                    | FAX  | 083-924-2798                                 |  |
|                                                        | E-mail        | hyoka-chosa@yg-you-i-net.or.jp                                                                  |      |                                              |  |
|                                                        | URL           | http://www.yamaguchikensyakyo.jp                                                                |      |                                              |  |
| 事業所までの主な利用交通手段                                         |               | JR◆◆線 △△△駅下車 徒歩15分                                                                              |      |                                              |  |
| 施設長 フリガナ氏名                                             |               | 施設長                                                                                             |      | フリ ガ ナ                                       |  |
| 法人代表者 フリガナ氏名                                           |               | 理事長                                                                                             |      | フリ ガ ナ                                       |  |
| 連絡担当者 フリガナ氏名                                           |               | 事務長                                                                                             |      | フリ ガ ナ                                       |  |
| 訪問調査希望時期<br>(目安は9月～12月です<br>※翌年(1～3月)につきましても、ご相談に応じます) |               | 第1希望 11月<br>上旬 中旬 下旬                                                                            |      | 第2希望 10月<br>上旬 中旬 下旬<br>第3希望 11月<br>上旬 中旬 下旬 |  |
| 《通信欄》<br>当日訪問調査を行う評価調査者との日程調整により、訪問調査日を決定します。          |               |                                                                                                 |      |                                              |  |