

申込日 平成 年 月 日
 申込用FAX番号 045-309-7401

ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部

《外部評価受託申込書》

法人名			
施設名			
ユニット数 (グループホーム)		設立年月日	年 月 日
代表者		管理者	
利用者数	定員： 名、	現在員：	名
職員数	常勤： 名、	非常勤：	名
調査希望日	平成 年 月 の予定		
住所	〒 - 最寄駅： 線 駅から 徒歩・バス 分		
電話		FAX	
Eメール			
ホームページ			
備考欄	お願い：地図が掲載されているパンフレットがありましたら添付願います。		

評価料金（消費税込み）： 認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）

1ユニット：90,000 円、 2&3ユニット： 98,000 円、

平成28年4月1日改定