

外部評価受審申込書

介護保険市民オンブズマン機構大阪の外部評価受審を申込みます。

① 申込日 年 月 日

②サービスの種類 (該当箇所に○印を付けて下さい)	認知症高齢者グループホーム	介護予防認知症高齢者グループホーム
③法人名	フガナ	
④受審事業所名		
⑤指定年月日	平成 年 月 日	
⑥直近の外部評価公表日	※平成 年 月 日	今回が初めての受審
⑦事業所代表者	職名	
	フガナ 氏名	
⑧外部評価担当者 (上記⑦と異なる場合)	職名	
	フガナ 氏名	
⑨ご担当者連絡先	TEL	FAX
⑩事業所住所	〒	
⑪書類等送付先住所・宛先 (上記⑩と異なる場合)	〒	
⑫電子データ(自己評価シート) 提出方法のご希望	① メールに添付：アドレス () ② USBメモリ ③ CD-RW ④ その他 () ※②③については事務局で用意します。	
⑬現在のユニット数	申込日現在のユニット数 _____ ユニット (利用者数 _____ 名)	
⑭ユニット増設の有無 と時期	⑤の指定日以降、ユニットを増設したことが あります/ありません	
	「あります」の場合、最近のユニット増設年月日 平成 年 月 日	
⑮ユニット増設の予定 (ほぼ確定している場合のみ記入)	①の申込日以降、ユニット増設の予定が あります/ありません	
	「あります」の場合、ユニット増設予定時期 平成 年 月頃	
⑯訪問調査希望時期	_____年 _____月 頃の訪問調査を希望 ◆申込から訪問調査まで最低60日以上必要です。 ◆訪問調査日から報告書第1案をご送付するまで約30日程度必要です。 ◆訪問調査の日程は、契約締結後に事業所のご都合を伺った上で調整します(弊会事務局より日程調整のお電話を差し上げます)。申込み多数の場合ご希望に添えない場合がありますので予めご了承ください。	

* 上記必要箇所を全てご記入のうえ、下記あてにファクシミリもしくは郵送でお送りください。

* 本紙送付後10日間を過ぎても貴事業所に契約書が届かない場合、申込書を弊会で確認できていない可能性がありますので、お手数ですが弊会まで確認のお電話をお願い致します。

※公表日…最終評価結果を市町村に提出し、受理された日

お問い合わせ・申込書送付先

特定非営利活動法人 介護保険市民オンブズマン機構大阪

〒537-0025 大阪市東成区中道3-2-34 JAM大阪2F

FAX 06-6975-5223 TEL 06-6975-5221

E-mail o-netnpo@train.ocn.ne.jp