

記入例

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 行 (FAX: 06-6975-5223)

受付番号

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 2020年2月1日

②サービスの種類 (該当箇所に○印を付けて下さい)	<input type="radio"/> 認知症高齢者グループホーム	<input type="radio"/> 介護予防認知症高齢者グループホーム
③法人名	ワガナ シャカイフクシホウジン オカサフクシカイ 社会福祉法人 大阪福祉会	
④受審事業所名	グループホーム大阪	
⑤指定年月日	平成 28年 10月 1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	管理者
	ワガナ	オカサ タロウ
	氏名	大阪 太郎
⑧外部評価担当者 (上記⑦と異なる場合)	職名	計画作成担当者
	ワガナ	ヒョウカ ハナコ
	氏名	評価 花子
⑨ご担当者連絡先	TEL 06-6975-5221	FAX 06-6975-5223
	E-mail o-netnpo@train.ocn.ne.jp	
⑩事業所住所 (最寄駅も記入)	〒 537-0025 大阪市東成区中道3-2-34 (JR・大阪メトロ森ノ宮駅から徒歩)	
⑪書類等送付先住所・宛先 (上記⑩と異なる場合)	〒 (⑩と異なる住所に送付する場合にお書きください)	
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 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 2 ユニット (利用者数 18 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 <u>あります</u> / ありません 「あります」の場合、最近のユニット増設年月日 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 <u>あります</u> / ありません 「あります」の場合、ユニット増設予定時期 年 月 頃	
⑯訪問調査希望時期	2020年 5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。	