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：06−6949−9296）

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　*２０２２* 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）	○	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	*ﾌﾘｶﾞﾅ　ｼｬｶｲﾌｸｼﾎｳｼﾞﾝ　ｵｵｻｶﾌｸｼｶｲ* ***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	*２０２０* 年 *５* 月 *１７* 日		今回が初めての受審	
⑦事業所代表者	職名　*管理者* ﾌﾘｶﾞﾅ　*ｵｵｻｶ 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* ﾌﾘｶﾞﾅ　*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)提出方法のご希望	①**メールに添付** ② **USB メモリ** ③ **CD-RW** ※②③については当機構で用意。 **様式送付**（ **メール・ＵＳＢ・ CD-RW** ）←選択してください			
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　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　　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　　年　月頃			
⑯訪問調査希望時期	*２０２２* 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。 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。			