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　　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	ﾌﾘｶﾞﾅ			
④受審事業所名				
⑤指定年月日	年　　月　　日			
⑥直近の外部評価公表日	※　　年　　月　　日		今回が初めての受審	
⑦事業所代表者	職名			
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	氏名			
⑧外部評価担当者 （上記⑦と異なる場合）	職名			
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	氏名			
⑨ご担当者連絡先	TEL		FAX	
	E-mail			
⑩事業所住所 （最寄駅も記入）	〒			
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) 提出方法のご希望	① メールに添付　② USB メモリ　※②については当機構で用意 上記の提出方法に合わせて事前に様式を メール・USB でお送りします			
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　　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	＿＿＿年＿＿月　頃の訪問調査を希望　土・日の訪問（ 可・不可 ） ◆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。			

＊上記必要個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日を過ぎても貴事業所に契約書が届かない場合、申込書を当機構で確認できていない可能性がありますので、お手数ですが弊機構まで確認のお電話をお願い致します。
※公表日…WAM ネット公表日（または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
〒530-0041　大阪市北区天神橋３丁目 9-27　PLP 会館３階
TEL:06-6949-8192　FAX:06-6949-9296　E-mail o-netnpo@train.ocn.ne.jp