

福祉サービス第三者評価受審完了報告書

令和 年 月 日

（宛先） 昭 島 市 長

住 所

申請者

氏 名

（法人の場合は団体名及び代表者名）

令和 年 月 日付けで申請した福祉サービス第三者評価受審について、下記のとおり完了しましたので、報告します。

記

事業所の所在地	昭島市
事業所の名称	
福祉サービスの種別	
評価受審費用	円
補助申請額	円
評価機関の所在地	
評価機関の名称	
評価完了年月日	年 月 日
申請者連絡先	担当 TEL : E-Mail :

<添付書類>

- 1) 福祉サービス第三者評価受審費領収書の写し
- 2) 福祉サービス第三者評価受審結果報告書の写し