

(認証様式12)

熊本県福祉サービス第三者評価機関認証申請書
(他の都道府県認証の評価機関用)

年 月 日

熊本県知事 様

申請者所在地
法人名
代表者氏名

熊本県福祉サービス第三者評価機関認証等実施要領第4条第2項の規定により、熊本県の福祉サービス第三者評価機関として認証を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

1 第三者評価事業を実施する部署・連絡先

申請法人名	フリガナ	
	法人名 (評価機関名)	
	代表者名	
第三者評価事業に関わる連絡先	事業実施部署の所在地	
	連絡責任者	
	連絡場所所在地	
	電話・FAX番号	
	メールアドレス	

※ 法人名と評価機関名が同一の場合は、評価機関名の記入は不要。

2 直近の3年以内の評価実績

_____件 (_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日)

3 添付資料

- (1) 他の都道府県で認証された福祉サービス第三者評価機関認証書の写し
- (2) 評価機関情報の公表基準（熊本県福祉サービス第三者評価機関情報公表要領「別記」様式）
- (3) 第三者評価事業運営に関する誓約書（認証様式3）
- (4) 評価調査者名簿（認証様式5）
- (5) 評価調査者証（写）
- (6) 第三者評価の実施範囲等に関する誓約書（認証様式7）
- (7) 標準的な評価の流れを示す書類及び料金表
- (8) その他知事が必要と認める資料