

評価受審申込書

年 月 日

法人名称		代表者名	
施設名称		管理者名	
サービス種別	認知症対応型共同生活介護		
施設ご利用者数	ユニット数	定員数	ご利用者数
	ユニット	人	人
連絡先	住所	〒	
	電話		
	FAX		
	E-mail		
担当者氏名 (職名)			
職員数			
希望受審日	第一希望	第二希望	第三希望
	年 月 旬	年 月 旬	年 月 旬
《通信等備考》			

申し込み・お問い合わせ先

〒939-8084

富山市西中野町1丁目1-18オフィス西中野1階102号

一般社団法人富山県介護福祉士会

TEL 076-422-2442 FAX 076-422-0440

E-mail tomikai.dai3sha@coast.ocn.ne.jp