（様式第１号）

　　年　　月　　日

大　阪　府　知　事　　様

|  |
| --- |
| 申請者  主たる事務所の所在地    名称    代表者の職・氏名 |

福祉サービス第三者評価機関認証申請書

　大阪府福祉サービス第三者評価機関認証要綱第４条の規定により、福祉サービス第三者評価機関としての認証を受けたいので、関係書類（※1）を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認証申請者（法人）に関する事項 | | | | | | | | | | |
|  | 評価機関認証番号 |  | | | | | | | | |
| 認証年月日 |  | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 申請者の連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | |
| FAX番号 | | |  | | | | | |
| 代表者の職・氏名 | 職名 | |  | | | フリガナ | |  | |
| 氏名 | |  | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 福祉サービス第三者評価を実施する担当部署（事業所）に関する事項 | | | | | | | | | | |
|  | 担当部署（事業所）の名称 | |  | | | | | | | |
| 担当部署（事業所）の所在地 | | （郵便番号　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 担当部署（事業所）の  責任者役職名・氏名 | | 役職名 | |  | | | フリガナ | |  |
| 氏名 | |  |
| 担当部署（事業所）の連絡先 | | 電話番号 | | |  | | | | |
| FAX番号 | | |  | | | | |
| メールアドレス | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 評価実施分野  \*該当分野に○  （※2） |  | 高齢福祉分野 |  | 障がい福祉分野 |  | 児童福祉分野  (保育所、児童館、放課後児童健全育成事業) |
|  | その他（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

※1　関係書類とは、大阪府福祉サービス第三者評価機関認証要領第5条第1項に規定する「別紙の『添付書類一覧』」に定めるものです。

※2　該当分野に○を付けてください。なお、「その他」とは、女性自立支援施設や救護施設等が該当します。