

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、婦人保護施設や救護施設等が該当します。