



FAX番号：092-483-3037

## 評価実施申込書

記入日： 年 月 日

事業所名称		代表者名	
法人名		代表者名	
種別 (該当するものを ○で囲む)	1)社会的養護関係施設	①. 児童養護施設 ②. 母子生活支援施設 ③. 乳児院 ④. その他( )	
	2)児童分野	①. 保育所 ②. 認定こども園 ③. 放課後児童クラブ ④. その他( )	
	3)障がい者・児分野	①. 障がい者・児施設 ②. 児童発達支援 ③. その他( )	
	4)高齢者分野	①. 特別養護老人ホーム ②. 養護老人ホーム ③. その他( )	
	5)その他	①. 救護施設 ②. その他( )	
利用者数	名 (定員 名)		
職員数	常勤 名 / 非常勤・パート 名		
調査希望時期	第1希望 月 旬頃 / 第2希望 月 旬頃		
連絡先	住所	〒	
	電話番号	FAX番号	
	E-mail	@	
	ホームページ		
担当者名・職名			

※通信欄

【お申込み・お問合せ】  
公益社団法人 福岡県社会福祉士会  
〒812-0011  
福岡市博多区博多駅前3丁目9-12  
アイビーコートⅢビル5F  
電話:092-483-2944  
FAX:092-483-3037  
E-mail:info@facsw.or.jp