

様式第1号

福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

| | |
|--|------|
| 名称： | 所在地： |
| 評価実施期間： 年 月 日から 年 月 日 *契約日から評価結果の確定日（通常、評価結果報告会日）まで | |
| 評価調査者（評価調査者養成研修修了者番号を記載） | |

2 福祉サービス事業者情報（平成 年 月現在）

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 事業所名： （施設名） | 種別： |
| 代表者氏名： （管理者氏名） | 定員（利用人数）： 名 |
| 設置主体： 経営主体： | 開設（指定）年月日： 昭和・平成 年 月 日 |
| 所在地：〒 | |
| 電話番号： | FAX 番号： |
| ホームページアドレス： | |

3 評価結果

| |
|---|
| <p>評価結果は、福祉サービス事業者の同意が得られなかったため、長野県福祉サービス第三者評価事業評価結果取扱要領第2条第2項の規定により、非公開とします。</p> |
|---|