

(様式1)

令和 年 月 日

岡山県知事 殿

(事業所)

所在地

事業所名

(事業所番号)

(サービスの種別) 認知症対応型共同生活介護

(法人名)

(代表者名)

岡山県地域密着型サービス評価実施要領第2(4)の
規定の適用について(申請)

このことについて、当事業所は、「岡山県地域密着型サービス評価実施要領」第2(4)の規定による要件を全て満たしているため、令和 年度の外部評価については実施したものとみなすこととしていただくよう申請します。

最終外部評価実施日	令和 年 月 日
-----------	----------

(様式1)

記入例

令和〇〇年△△月××日

岡山県知事 殿

(事業所)

所在地 岡山市内山下2丁目4-6

事業所名 グループホームおかやまけん

(事業所番号) 33*****

(サービスの種別) 認知症対応型共同生活介護

(法人名) 社会福祉法人AA会

(代表者名) 理事長 XX YY

岡山県地域密着型サービス評価実施要領第2(4)の
規定の適用について(申請)

このことについて、当事業所は、「岡山県地域密着型サービス評価実施要領」第2(4)の規定による要件を全て満たしているため、令和☆☆年度の外部評価については実施したものとみなすこととしていただくよう申請します。

最終外部評価実施日

令和◇◇年□□月■日