様式１

令和　　年　　月　　日

北海道保健福祉部高齢者支援局

　高齢者保健福祉課介護運営担当課長　様

　　　　　　　　　　　（郵便番号）

　（法人の所在地）

　　　　　　　　　　　（法　人　名）

　　　　　　　　　　　（代表者職・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　印

地域密着型サービス外部評価の実施回数に係る申請書

　北海道地域密着型サービス外部評価実施要綱第４第２項の規定に基づき、地域密着型サービス外部評価の実施回数を２年に１回とし、令和３年度の外部評価を実施しないこととしたいので、次のとおり申し出ます。

記

１　対象事業所等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号（10桁） |  | 事業種別 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | （〒　　－　　） |

２　添付書類

（１）当該事業所の指定及び監督を行っている市町村の同意書（原本）

（２）その他の参考となる資料

【連絡先】

所　　属

職・氏名

電話番号