（別添様式１）

FAX：019-604-8863

　　年　　月　　日

指定調査機関

特定非営利活動法人いわての保健福祉支援研究会　理事長　様

設置法人名

事業所名

管理者氏名

　　　　年度介護サービス情報の公表に係る訪問調査の延期申出書

　下記事業所については、　　　年度介護サービス情報の公表に係る報告・調査・情報公表計画において、調査対象事業所とされていますが、下記のとおり訪問調査の時期を延期したいので、所要の調整について御配慮願います。

記

１　対象事業所の情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | | ０ | ３ | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 事業所名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| サービス種別 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 計画で定められた調査月 | | 年　　　月 | | | | | | | | | | | | |
| 担当者名 |  | | | 連絡先 | | | 電話番号 | | (　　　　)　　　－ | | | | | |
| ＦＡＸ | | (　　　　)　　　－ | | | | | |

２　訪問調査を延期する理由及び延期時期

|  |  |
| --- | --- |
| 理　　由 |  |
| 延期時期 | 第１希望　　　　　年　　　月（上旬 ・ 中旬 ・ 下旬）  第２希望　　　　　年　　　月（上旬 ・ 中旬 ・ 下旬）  第３希望　　　　　年　　　月（上旬 ・ 中旬 ・ 下旬）   * 計画で定められた調査月の翌々月までの間で調整いただくよう、検討をお願いします。 * 月の中での希望時期がある場合は、カッコ内のいずれかにマルをつけてください。 * 第１希望から優先して調整しますが、他事業所との調整状況によっては、再調整させていただく場合がありますので、御了承願います。 |

* 訪問調査を延期した場合でも、介護サービス情報の公表システムへの記入内容は、調査票の記入年月日時点の情報となりますので、御了承ください。

【提出方法】本書に必要事項を記入し、次の提出先にFAX等により提出。

【提 出 先】〒020-0871　岩手県盛岡市中ノ橋通2-4-16　やまのえんビル1階

特定非営利活動法人　いわての保健福祉支援研究会（岩手県指定調査機関）

（電話：019-604-8862　FAX：019-604-8863）