（様式第１号）

年　　月　　日

 島　根　県　知　事　様

 法　人　名

 所　在　地

 代　表　者

評価機関選定申請書

 認知症対応型共同生活介護事業所に係る評価機関として選定を受けたいので、認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領別紙２の１「外部評価の評価機関の要件及び選定手続き等について」第２の（１）の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

　　　　　　　　　選定希望年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
|  外部評価事業を実施する 部署の所在地 |  〒 |
|  担当部署名 |  |
|  担当者 |  （役職） （氏名） |
|  電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
|  メールアドレス |  |

（様式第２号）

年　　月　　日

 　法人名　　　　　　　　　　　　　　　様

 　　　　島　根　県　知　事

評価機関選定書

 認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領別紙２の１「外部評価の評価機関の要件及び選定手続き等について」第２の（２）の規定に基づき、下記のとおり貴法人を外部評価機関として選定したので通知します。

記

１．法人名

２．所在地

３．代表者氏名

４．選定年月日

（様式第３号）

年　　月　　日

 　島　根　県　知　事　様

 法　人　名

 所　在　地

 代　表　者

年度評価事業実施計画書

 　　年度の事業実施方法等を定めたので、認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領別紙２の１「外部評価の評価機関の要件及び選定手続き等について」第２の（４）の規定に基づき、関係書類を添えて提出します。

（様式第４号）

年　　月　　日

 　島　根　県　知　事　様

 法　人　名

 所　在　地

 代　表　者

選定評価機関変更届出書

 外部評価機関の内容に変更が生じましたので、認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領別紙２の１「外部評価の評価機関の要件及び選定手続き等について」第２の（５）の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

記

 １．変更事項

２．変更内容 変更前：

 変更後：

３．変更年月日

４．変更理由

５．添付書類

 （変更に係る書類を添付すること。）

（様式第５号）

年　　月　　日

 　島　根　県　知　事　様

 法　人　名

 所　在　地

 代　表　者

選定評価機関廃止届出書

 外部評価機関の事業を廃止したいので、認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領別紙２の１「外部評価の評価機関の要件及び選定手続き等について」第２の（６）の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

１．廃止予定年月日　　　　　年　　月　　日

２．廃止の理由

（様式第６号）

年　　月　　日

 　島　根　県　知　事　様

 法　人　名

 所　在　地

 代　表　者

外部評価事業実績報告書

 認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領別紙２の１「外部評価の評価機関の要件及び選定手続き等について」第２の（７）の規定に基づき、関係書類を添えて提出します。

（様式第７号）

年　　月　　日

 法　人　名

 所　在　地

 代　表　者　　 様

 　島　根　県　知　事

選定評価機関取消通知書

 　　年　　月　　日付け　第　　号により選定した認知症対応型共同生活介護事業所に係る評価機関としての選定を認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領別紙２の１「外部評価の評価機関の要件及び選定手続き等について」第２の（８）の規定に基づき、取り消します。

記

１．評価機関の名称

２．評価機関の所在地

３．代表者氏名

４．選定取消年月日

５．取消の理由