（第１号様式）

（文書番号）

　年　月　日

　島根県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法　人　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者職・氏名）

年度外部評価実施回数特例適用申請書

　島根県認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領第３第２項の適用について申し出ます。

記

１　事業所の名称及び所在地

 名称

 所在地

２　介護保険事業者番号

３　事業種別

４　添付書類

（１）過去１年間に開催した運営推進会議の開催状況（出席者等）が分かるもの

（２）過去５年間の外部評価実施状況（訪問調査日時等）が分かるもの

（第２号様式）

（文書番号）

　年　月　日

各市町村長　様

島根県知事

年度外部評価実施回数特例適用協議書

　島根県認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領第３第２項の適用について協議します。

記

１　事業所の名称及び所在地

 名称

 所在地

２　介護保険事業者番号

３　事業種別

（第３号様式）

（文書番号）

　年　月　日

　島根県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　各市町村長

年度外部評価実施回数特例適用回答書

　島根県認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領第３第２項の適用について、下記のとおり回答します。

記

１　事業所の名称及び所在地

 名称

 所在地

２　介護保険事業者番号

３　事業種別

４　適用の可否

５　適用を認めない場合、その理由

（第４号様式）

（文書番号）

　年　月　日

　（法人名）

　（代表者職氏名）　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　島根県知事

年度外部評価実施回数特例適用通知書

　　年　月　日付けで申出のあったこのことについて、島根県認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領第３第２項の適用について、下記のとおり通知します。

記

１　事業所の名称及び所在地

 名称

 所在地

２　介護保険事業者番号

３　事業種別

４　適用の可否

５　適用を認めない場合、その理由