（様式３）

（文書番号）

　年　　月　　日

　山形県健康福祉部高齢者支援課　殿

　　　　　　　　　　　　（法人の所在地）

　　　　　　　　　　　　（法　 人　 名）

　　　　　　　　　　　　（代表者職・氏名）

　　　　　　　　　　　　（担当者所属）

（担当者職・氏名）

　　　　　　　　　　　　（連絡先電話番号）

**外部評価免除の申出書**

　地域密着型サービス外部評価の実施を２年に１回とし、○○年度の外部評価を実施しないこととしたいので、山形県地域密着型サービス自己評価及び外部評価実施要領第３の３（３）の規定に基づき、事業所が所在する市町村の同意書を添付のうえ申出します。

記

**１　申出対象事業所**※複数の事業所を有している場合、事業所ごとに申出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 | ０６ |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| サービス種別 |  |

**２　直近５年間の外部評価実施状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 外部評価機関名 | 評価確定（公表）日 |
| 　　　　年度 |  | 　年　月　日 |
| 　　　　年度 |  | 　年　月　日 |
| 　　　　年度 |  | 　年　月　日 |
| 　　　　年度 |  | 　年　月　日 |
| 　　　　年度 |  | 　年　月　日 |

※評価確定（公表）日欄には、ＷＡＭＮＥＴに掲載されている「評価確定日」を記載してください。

**３　添付書類　　当該事業所の所在する市町村の同意書（原本）**