

様式 8

平成 年 月 日

大阪府福祉部高齢介護室長 様

住 所

法人名

代表者名

印

大阪府福祉サービス第三者評価受審確約書

(施設種別及び施設名)

\_\_\_\_\_については、本様式提出後 3 年以内に大阪府福祉サービス第三者評価の受審を完了することを確約します。