

〔様式6〕

第 号
平成 年 月 日

福井県第三者評価機関認証委員会
委員長 様

届出者（所在地） 〒

（法人名）

（代表者名）

印

福祉サービス第三者評価機関廃止届

福祉サービス第三者評価機関を廃止したいので、福井県福祉サービス第三者評価機関
認証要綱第9条の規定により届け出ます。

記

評価機関	フリガナ				
	名 称				
	代表者の 役職名・氏名	役職名		フリガナ	
				氏 名	
	所在地	〒			
	電話番号				
	FAX 番号				
廃止年月日	平成 年 月 日				
廃止の理由					