

収受番号: 390

# 評価結果提出届（兼受理書）

（小規模多機能型居宅介護）

健康福祉局介護事業指導課 あて

（太枠内のみ記入してください。）

提出日：2024 年 2 月 12 日

|     |                  |                                            |              |   |   |   |   |                                  |                 |   |   |  |  |
|-----|------------------|--------------------------------------------|--------------|---|---|---|---|----------------------------------|-----------------|---|---|--|--|
| 届出者 | サービス種別<br>（該当に○） | <input checked="" type="radio"/>           | 小規模多機能型居宅介護  |   |   |   |   | <input checked="" type="radio"/> | 介護予防小規模多機能型居宅介護 |   |   |  |  |
|     | 事業所番号            | 1                                          | 4            | 9 | 0 | 4 | 0 | 0                                | 3               | 8 | 7 |  |  |
|     | 事業所名             | 小規模多機能型居宅介護ぼやあ樹 関内                         |              |   |   |   |   |                                  |                 |   |   |  |  |
|     | 事業所所在地           | （〒231-0028）<br>横浜市中区翁町 2-7-10 関内フレックスビル1 階 |              |   |   |   |   |                                  |                 |   |   |  |  |
|     | 担当者名             | 石井 愛                                       |              |   |   |   |   |                                  |                 |   |   |  |  |
|     | 連絡先              | 電話                                         | 045-264-9026 |   |   |   |   | FAX                              | 045-264-9027    |   |   |  |  |

次のとおり、資料を添えて提出します。

|                   |                       |                                     |                               |  |  |
|-------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| 運営推進会議開催日         |                       |                                     | 2024 年 2 月 10 日               |  |  |
| 添付書類<br>（チェック欄にレ） | チ<br>エ<br>ッ<br>ク<br>欄 | <input checked="" type="checkbox"/> | 事業所自己評価                       |  |  |
|                   |                       | <input checked="" type="checkbox"/> | サービス評価総括表                     |  |  |
|                   |                       | <input checked="" type="checkbox"/> | 返信用封筒（84 円切手を貼った返信先明記の長 3 封筒） |  |  |

（以下は記入しないでください。）

評価結果提出届を受理しました。

|        |              |      |      |
|--------|--------------|------|------|
| 受理日    | 6 年 2 月 15 日 | 実施年度 | 5 年度 |
| 次回実施期限 | 7 年 3 月 31 日 |      |      |

<次回の外部評価実施後、運営推進介護を開催した日から 1 か月以内に提出をしてください。>

<この受理書は再発行しません。>

【発行】 横浜市健康福祉局介護事業指導課 電話 045-671-3466 FAX045-550-3615

受付担当者：



横浜市収受印

