

## 評価結果の再確認について（依頼）

平成 年 月 日

<事業者名>  
<代表者名> 様

<所在地> (〒 - )

<評価機関名>

<代表者名>

印

〔担当〕氏名（役職）  
電 話：  
ファクシミリ：  
E-mail：

平成 年 月 日付けで御回答いただいた下記施設等の評価結果について、貴事業者の修正意見を勘案して再審議を行い、別添のとおりまとめましたので、再度内容の確認をお願いします。

なお、原則として、これをもって公表としますので、御承知ください。（注）

（注）福祉サービス第三者評価については、「なお」以下は次のとおり。

なお、この審議結果をもって公表としますので、意見箇所その他公表を同意しない箇所がある場合は、平成 年 月 日までにその旨、不同意箇所を書面でお知らせください。（「公表に不同意」である旨の公表となります。）

### 記

施設等の名称	
サービスの種類	
評価事業区分	