

FAX 見積り依頼書

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

すべての項目にご記入のうえFAXをお送りください。

ご連絡先

フリガナ 法人名				(例) 社会福祉法人○○会
フリガナ 事業所名				(例) 特別養護老人ホーム○○苑
ご住所	〒	—		
TEL	—	—	E-MAIL	ご希望の連絡方法 <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> E-MAIL
FAX	—	—		
フリガナ ご担当者名			部署 役職	

ご依頼内容

チェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 第三者評価のお見積り・ご相談	「その他」の場合は具体的にお書きください。
<input type="checkbox"/> 利用者調査のみのお見積り・ご相談	
<input type="checkbox"/> その他	

第三者評価・利用者調査のお見積りに必要な事項

利用者調査のみの場合は*印は不要。

実施時期の希望 <ul style="list-style-type: none">● 職員調査* 開始時期 ____ 月頃● 利用者調査 開始時期 ____ 月頃	事業所の規模 <ul style="list-style-type: none">● 全職員数 ____ 人● 利用者数・登録者数 ____ 人
--	--

備考

ご要望や事前に確認したいことなどがございましたら、ご記入ください。

--

※この用紙で提出していただいた内容は、当社プライバシーポリシーに則り取り扱います。

合同会社
エスティメイトシステム



FAX. 03-6874-9550