

様式 2

福 祉 保 健 局 長 殿

印鑑証明書と一致のこと

主たる事務所の所在地 東京都〇〇区××町1-1
法 人 名 社会福祉法人〇〇会
施 設 名 特別養護老人ホーム〇〇
理事長名 〇 〇 〇 〇



東京都民間社会福祉施設運営情報等公表事業の事業実績について

東京都民間社会福祉施設運営情報等公表事業実施要綱の5に基づき、関係書類を添えて事業実績を報告します。

記

報告項目 1

事業名	事業の種類 (○をつけてください)	添付様式	公表方法	施設での 公表開始日
サービス改善計画・実施状況の公表 【福祉サービス第三者評価等の活用】	・ 第三者評価	調査結果報告書（内容） ※第三者評価受審の場合は添付不要	施設内に掲示	令和6年〇月〇〇日
			利用者等へ説明	令和6年〇月△△日
		様式 3	施設内に掲示	令和6年5月8日
			利用者へ配布等	令和6年5月8日
	・ 利用者に対する調査	調査結果報告書（内容）	利用者等へ周知	令和6年〇月〇〇日
			閲覧	令和6年〇月△△日
		様式 3	施設内に掲示	令和6年5月8日
			利用者へ配布等	令和6年5月8日
財務情報等の公表		様式 4	施設内に掲示	令和6年7月1日
			利用者へ配布等	令和6年7月1日

報告項目 2

前年度の報告において提出した様式3の「実施状況（予定を含む）」の欄に「実施予定」としたものがあある場合、当該様式3に報告期限の属する年度の4月30日時点の状況を追記し、添付。

施設番号		K〇〇〇	施設名	特別養護老人ホーム〇〇
担当者	氏 名	〇 〇 〇 〇		
	連絡先	電 話	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
		F A X	03-〇〇〇〇-△△△△	
		e-mail	〇〇〇〇〇@〇〇〇〇.ne.jp	