年　月　日

　名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課長　あて

　一般社団法人福祉評価推進事業団

法人名

事業所名

報告者役職

報告者氏名

電話番号

改善状況報告書

　年　月　日付通知における文書指示事項について、改善状況を報告します。

１　文書指示事項

２　改善状況報告