様式第１０号

（評価機関⇒推進委員会）

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会

令和　年度評価調査者養成研修会受講申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 生年月日 | 年　齢 |
| 氏　名 |  | 男 ・ 女 |  |  |
| 住　所 |  |
| 連絡先 | 電　話 |  | 携　帯 |  |
| 職　業 |  | 勤務先 |  |
| 所属評価機関 | ※所属評価機関先が決定している方のみご記入ください。 |
| 受講要件※該当要件に〇をしてください |  | (１)福祉、医療、保健に関する有資格者で倫理綱領を有する職能団体に属している者 |
|  | (２)学識経験者で福祉、医療、保健に関する業務を５年以上経験している者 |
|  | (３)社会福祉法人に所属し、管理業務を５年以上経験している者 |
|  | (４)社会福祉法人に所属し、福祉に関する経営相談に５年以上携わった者 |
|  | (５)その他、医療・宗教法人等に所属する者で、福祉サービス第三者評価推進委員会基準等委員会委員長がこれと同等の能力を有していると認めた者 |
| 実務経験期間 | 年　数 | 職務内容等 |
| 年　　月～　　年　　月 | 年　　か月 |  |
| 年　　月～　　年　　月 | 年　　か月 |  |
| 年　　月～　　年　　月 | 年　　か月 |  |
| 資　格※評価事業に関するものをご記入ください | 取得年月 | 資格名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 所属団体名 |  |

上記のとおり申し込みます。

　　　令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会委員長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第１１号評価調査者研修修了者証　青森県福祉サービス第三者評価推進委員会が実施した下記研修を終了したことを証する

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名 |  |
| 修了者番号 | 令和　　年度　　　№　　　　　　　　　　 |
| 氏　　　名 |  |

　令和　年　月　日青森県福祉サービス第三者評価推進委員会委員長　　　　　　　　　　　　　　印 |