（様式第１号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

令和 元年度滋賀県健康福祉サービス評価調査者

養成研修受講申込書

　滋　賀　県　知　事　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

　令和元年度滋賀県健康福祉サービス評価調査者養成研修の受講について、下記のと

おり関係書類を添えて申し込みます。

記

　１．評価調査者養成研修受講候補者　（　　　　　人）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受　講　候　補　者　名 | 履修免除の希望（※） |
| １ |  | 有　・　無 |
| ２ |  | 有　・　無 |
| ３ |  | 有　・　無 |
| ４ |  | 有　・　無 |
| ５ |  | 有　・　無 |

* 他府県研修等修了者および評価実績のない養成研修修了者は、研修科目

の一部履修免除の希望の有無を記入してください。

　　　　※　必要に応じて行を追加してください。

２．添付書類　(人数分添付すること)

・滋賀県健康福祉サービス評価調査者養成研修受講候補者調書（様式第２号）

・証明書類（（様式第２号）裏面記載のもの）

・従事経験証明書（様式第３号）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 担当者氏名 |  |  |
|  | 電　　　話 |  |  |
|  | Ｆ　Ａ　Ｘ |  |  |
|  | 住　　　所 |  |  |

（様式第２号）

滋賀県健康福祉サービス評価調査者養成研修受講候補者調書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  フリガナ |  |  |
|  |  |  |
|  氏　　名 |  　　　　　 印 |  |
|  |   |  |
|  生年月日 |  　　　　年　　　月　　　日生 |  |
|  | 名　称 |  |
|  勤 務 先 |  |  |
| (就業して |  |  |
|  いる場合) | 所在地 |  |
|  |  |  |
|  受講資格 |  滋賀県健康福祉サービス第三者評価機関認証実施細則 |  |
|  |  第８条　　項　　号に該当 （※１　裏面記載の証明書類を添付する） |  |
|  |  従　事　期　間 |  勤務先名称 |  従事業務内容 |  |
| 受 |  |  |  |  |
| 講 | 　年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 者 |  |  |  |  |
| 資 | 　年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 格 |  |  |  |  |
| 確 | 　年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
| 認 |  |  |  |  |
| 欄 | 　年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
|  | 　年　月　日　～　年　月　日 |  |  |  |
|  | 　資格等取得年月日 | 　　　　　資　格　等　名　称 |  |
| 国家資格等 |  年　　月　　日 |  |  |
| 記　載　欄 |  |  |  |
|  |  年　　月　　日 |  |  |
| 評価調査者養成研修修了者番号(調査者番号)※過去に評価調査者養成研修を修了した者のみ | 第　　　　　　　　　　号 |  |
| 他府県研修等修了状況 |  都道府県名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※２ |  |
| 　上記の者が研修修了後、当法人に評価調査者として所属することを確約します。 |  |
|  |  |
| 令和　　年　　月　　日 |  |
|  　法　人　名 |  |
|  |  |
|  　 　　　　　　 代表者氏名 　　　　　　　　　印 |  |
|  |  |

（　裏　面　）

※１〔証明書類〕

　○　細則第８条第１項第１号に該当

　　　　・所属していた法人の定款等(３年以上確認できるもの)

　　　　・従事経験証明書(様式第３号)

　○　細則第８条第１項第２号に該当

 　　　・所属していた法人の職制等が確認できる資料

　　　　・従事経験証明書(様式第３号)

　○　細則第８条第２項に該当

 　　　・所属していた事務所の事業内容が確認できる資料

　　　　・従事経験証明書(様式第３号)

　○　細則第８条第３項第１号、第２号または第３号に該当

　　　　・資格者証(写)

　　　　・従事経験証明書(様式第３号)

　○　細則第８条第４項に該当

　　　　・従事経験証明書(様式第３号)

* 「細則第８条第３項第４号」または「細則第８条第５項」に該当する者は事前に問い

　合わせのうえ、必要な書類を確認し添付すること。

※２　他府県で受講、修了した評価調査者養成研修の修了証（写）を添付すること。

　　(注)　細則：滋賀県健康福祉サービス第三者評価機関認証実施細則

　　(注)　上記書類で受講資格が確認できない場合は、関係書類の追加を求めることが　　　　　　　あります。

|  |
| --- |
| **複数の施設（事業所）から証明書をもらう場合は、本書をコピーしてください** |

（様式第３号）

従　事　経　験　証　明　書

平成　年　月　日

　　滋賀県知事　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名 印

　　　下記の者の従事経験を、以下のとおり証明します。

|  |  |
| --- | --- |
|  氏 名 |  |
|  　　　 （生年月日　　　年　　月　　日生） |  |
|  従　事　期　間 |  従事業務内容 |  |
| 　　年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 　　年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 　　年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 　　年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 　　年　月　日～　年　月　日 |  |  |

 注)

　１　従事業務内容は具体的に記入すること。

　　　　　例：○○施設生活指導員

 　 ：○○短期大学社会福祉学部社会福祉学科専任講師

　２　従事経験年数を算定できる基準日は、**平成28年12月26日まで**とする。

３　虚偽または不正な事実に基づいて養成研修を受講した場合、本人の修了資格取り　　消しや、所属する第三者評価機関の認証が取り消しとなる場合があるので、留意の　　うえ証明書を作成すること。