|  |  |
| --- | --- |
| 受付ＮＯ． |  |

【別紙１】

**令和元年度　「福祉サービス第三者評価調査者」養成研修　受講申込書**

|  |
| --- |
| ※各項目について記入漏れのないよう正確に記入してください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | |  | | 生年月日 | | 昭和  平成 | 年　　　月　　　日 |
| 受講者氏名 | |  | |  | |
| 住所 | | 〒　　　　－  ＴＥＬ（日中の連絡先）　　　　　　　　－　　　　　　　　－ | | | | | | | |
| 受講分野 | | 高齢福祉分野　　　・　　　障がい福祉分野　　　・　　　児童福祉分野 | | | | | | | |
| 受講申込要件・  業務経験年数等  ※（ア）と（イ）両方に該当する場合は、　　　それぞれに☑と内容をご記入ください。 | | 該当する項目に☑を記入してください | | | 資格等の内容・業務経験年数 | | | | |
| □ | （ア）組織運営管理業務に　３年以上の経験を有している方 | | (ア)に該当する職名・業務内容 | |  | | |
| 上記の主たる従事先名称 | |  | | |
| 上記の通算経験年数 | | 年　　　　　ヶ月 | | |
| □ | （イ）福祉・医療・保健分野の有資格者若しくは学識経験者で、当該業務を３年以上経験している方 | | (イ)に該当する資格等の内容 | |  | | |
| 上記の主たる従事先名称 | |  | | |
| 上記の通算経験年数 | | 年　　　　　ヶ月 | | |
| □ | （ウ）上記(ア)(イ)のいずれにも該当しない方 | | 主な業務又は活動経験の内容 | |  | | |
| 所属（予定を含む）　評価機関の名称 | |  | | | | | | | |
| これまでに修了した研修 | ある場合 | 該当する番号を○で囲み、修了証のコピーを添付してください。  １．平成１６～２２年度に「福祉サービス第三者評価システム推進支援会議・大阪」が実施した　　評価調査者養成研修  ２．平成2３～３０年度に「社会福祉法人大阪府社会福祉協議会」（大阪府委託）が実施した評価調査者養成研修 | | | | | | | |
| ない場合 | （※新規に養成される複数分野受講者のみ記入）  実習分野の希望について、該当する番号を○で囲み、有の場合は受講を希望する分野を記入して　ください。  ただし、実習日・実習場所の希望はお受けできませんので、ご了承ください。  １．無  ２．有　⇒　第1希望（　　　　　　　）福祉分野　　第2希望（　　　　　　　）福祉分野 | | | | | | | |

※申込書にご記入いただいた個人情報については、個人情報保護法令を遵守し、福祉サービス第三者評価事業以外の目的には使用しません。（ただし、受講を推薦した評価機関への情報提供はこの限りではありません）