

【別紙1】

| | |
|-------|--|
| 受付NO. | |
|-------|--|

令和3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) — — メールアドレス | | | | |
| 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 | 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 | | |
| | | | 主たる従事先名称 | | |
| | | | 通算経験年数 | 年 ヶ月 | |
| ※(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。 | ☐ | (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 | | |
| | | | 主たる従事先名称 | | |
| | | | 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 | | | | | |
| これまでに行った研修 | 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 3. 令和元年度・令和2年度に、「社会福祉法人大阪府社会福祉事業団」(大阪府委託)が実施した評価調査者養成研修 | | | |
| | ない場合 | (※初めて養成研修を受講される方で、複数分野を受講する方のみ記入) 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。 なお、ご希望はあくまで実習先調整の際の参考とさせていただきます。ご希望の分野で実習を必ず受講することができ るとは限りませんので、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。