

**福祉サービス等評価調査者
養成研修受講申請書**

平成 年 月 日

下記のとおり、福祉サービス等評価調査者養成研修を受講したいので、下記の書類を添えて申請します。

記

フリガナ 申請者氏名		性別	生年月日 年 月 日 (歳)
申請者住所	(〒 -)		
連絡先	電話番号		FAX番号
勤務先の名称			
勤務先連絡先	電話番号		
推薦評価機関の名称			
新規受講者 記入欄	受講申請分野	保育分野 ・ 障害分野	
新規受講者 (一部課目免除希望者) 記入欄	受講申請分野	保育分野 ・ 障害分野	
終了証(写)添付	研修1日目の一部科目免除を 希望します・希望しません いずれかに を入れてください。 修了した研修名・修了番号 開催要綱8(1)参照 ()		
分野別追加受講者 記入欄	受講申請分野	保育分野(1/13) ・ 障害分野(2/28)	
修了証(写)添付	過去の修了分野(保育分野・障害分野・児童分野) いずれかに を入れてください。 修了番号()		
申込要件の該当状況 (該当するものに 印 を付けてください。)	施設長、副施設長等組織運営管理業務の3年以上の実務経験者		
	福祉、医療、保健分野の有資格者又は学識経験者であって3年以上の業務経験を有する者		
	社会福祉に関する基礎的な知識と理解を有する者で、公正・中立的に利用者から聞き取り等行なえる者		
添 付 書 類		様 式	備 考
1	推薦評価機関の推薦書	別紙1	
2	経歴書	別紙2	
3	施設実習希望日程調査票	別紙3	

訪問調査実習に関する誓約書

私は、福祉サービス等評価調査者養成研修における訪問調査実習における個人情報等の取り扱いについて下記の事項を誓約するとともに、実習施設側が必要と認める場合には、情報の開示に際し施設スタッフが立ち会うことに同意します。

万一、下記の誓約事項に反した場合には、福祉サービス等評価調査者養成研修又は交付された登録証明書を直ちに返還することについて同意します。

また、情報の漏洩に伴い発生した全ての損害を賠償する責任を負うことに同意します。

記

- 1 訪問調査実習において知り得た実習施設に関する情報、当該施設利用者及びその家族に関する個人情報を漏らしません。
- 2 施設の利用者及びその家族に関する個人情報については、いかなる方法においても実習施設の外へ持ち出ししません。
- 3 実習において知り得た情報を福祉サービス等評価調査者養成研修以外の目的のために活用しません。
- 4 訪問調査実習以外の目的のために、実習施設に対して情報の開示を求めません。

平成 年 月 日

住 所 (〒 -)

氏 名

(評価調査者・評価審査委員会委員用)

情報公開等に係る同意書

私は、福祉サービス等第三者評価機関の認定申請書類に必要な書類として、経歴書を作成しましたので、私が所属する評価機関が、当該経歴書に記載された範囲内で私の個人情報を別の様式等に転記し、認定申請書類を作成し、京都介護・福祉サービス第三者評価等支援機構を通じて京都府に提出することについて同意します。

併せて、福祉サービス等第三者評価機関認定要綱第11条第2項各号に掲げる情報のうち、下記の私の個人情報について、京都府又は京都介護・福祉サービス第三者評価等支援機構が、冊子、書類等を京都府保健福祉部福祉総括室地域福祉室内又は同支援機構事務局において備え付け、求めに応じて閲覧に供することその他の適当な方法により公表することについて同意します。

記

	情報の種別		情報の種別
1	氏名	6	当該研修の修了年月日
2	所属する評価機関名	7	取得した資格の種別
3	評価機関における職名	8	資格取得年月日
4	経歴の概要	9	業務の内容又は職種
5	修了した研修の種別	10	当該業務又は職種の経験年数

京都府知事 様

平成 年 月 日

住 所 (〒 -)

氏 名

印