

**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 4日目実習受講分野 ( ) 分野 *複数分野を希望する方は、どちらか1つをご記入下さい。		
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 4日目実習受講分野 ( ) 分野 *複数分野を希望する方は、どちらか1つをご記入下さい。 研修1日目の免除を 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 ・ 障害分野 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	

(別紙1)

## 受講推薦書

受講申込者氏名：

推薦理由：

上記の者を、上記理由により、貴養成研修の受講者として推薦します。

なお、受講申込書、経歴書の記載事項につきましては事実と相違ないことを確認しております。

平成 年 月 日

(予定)評価機関名：

住 所：

代表者氏名： \_\_\_\_\_ 印

**研修受講申込者経歴書**

平成 年 月 日作成

**研修受講申込者の概要**

所属する評価機関名				上半身、正面向、 無帽状態で過去 6ヶ月以内に撮 影された写真を 貼付すること
フリガナ				
氏名				
生年月日	年 月 日 (満 歳)			
住所	(〒 - )			
連絡先	電話番号		FAX番号	
現在の勤務先				
現在の勤務先 所在地	(〒 - )			
連絡先	電話番号		FAX番号	
＜経歴の概要＞				
期間等	経 歴 (勤務先と職種・役職、資格取得など)			
年月～年月	【記入例】特養×××で介護職として勤務			
取得資格又は修了 した研修等				

注1 「経歴の概要」及び「取得資格又は修了した研修等については、評価調査者としての要件  
に関わる欄全てについて記載ください。

2 その他、評価調査者として公表されることを特に希望する経歴等について記載してください。

## 受講申込該当要件

### (1) 全申込者（受講申込要件①・②・③の者）

該 当 項 目	該当欄	修了年月日
①支援機構福祉サービス等評価調査者養成研修（受講予定を含む。）		
②支援機構介護サービス評価調査者養成研修		
③評価調査者養成研修（全国社会福祉協議会）		
④他府県における社会福祉サービス等評価調査員研修		
⑤京都府介護サービス評価調査者養成研修		

注1 該当欄に「○」印を記入のこと。

2 該当する研修の修了証の写しを添付してください。

### (2) 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（受講申込要件①の者）

業務の内容又は職種	当該職務に係る法人名又は勤務先の名称	経験年数
※組織運営又は財務管理に関連する資格を有している場合は、資格の種別を記載してください。		

注1 資格を有する場合は、資格証の写しを添付してください。

2 経験年数がわかる「別紙2-2：実務経験証明書」を添付してください。

### (3) 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

（受講申込要件②の者）

資格の種別		※福祉サービス等関連資格 【例】医師、保健師、看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、社会福祉士、社会福祉主事、保育士、栄養士 等
取得年月日		
学識経験の種別		※学識経験の種別 【例】社会福祉に関する教育を行う者、社会福祉に関する研究を行う者、社会福祉関係の行政に従事した経験を有する者 等
期間	年 月 日 ～ 年 月 日	

業務の内容又は職種	当該職務に係る法人名又は勤務先の名称	経験年数

注1 資格を有する場合は、「資格証」の写し、経験年数がわかる「別紙2-2：実務経験証明書」を添付してください。

# 実務経験証明書

平成 年 月 日

京都介護・福祉サービス第三者評価等支援機構 御中

事業所名：  
事業所代表者 氏名： ㊟

実務経験は、以下の通りであることを証明します。

## 1. 氏名と事業所名

氏名	
生年月日	年 月 日生
施設または事業所名	

## 2. 就業期間

期間	業務内容	管理職務の有無
年 月～ 年 月 ( 年 ヶ月)		有・無
年 月～ 年 月 ( 年 ヶ月)		有・無
年 月～ 年 月 ( 年 ヶ月)		有・無

注)管理職務の有無の欄で「有」に○をされた方は、下記の【管理職務者記入欄】にご記入下さい。

### 【管理職務経験記入欄】

管理職期間	年 月 日～ 年 月 日( 年 ヶ月)
業務内容	

※平成21年11月1日現在の経験年数にてご記入下さい。

(別紙3)

## 施設実習希望日程調査票

ご都合の良い順に「1、2、3、・・・」(3日以上)○印を付けてください。

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
						×
7	8	9	10	11	12	13
×				×		×
14	15	16	17	18	19	20
×						×
21	22	23	24	25	26	27
×						×

注1 ご都合の良い順に「1、2、3、・・・」(3日以上)○印を付けてください。

実習施設と調整の上、確定次第ご連絡致します。

- 2 障害分野の施設実習の時間帯は概ね10時～17時。保育分野の実習の時間帯は8時～17時となります。ただし、施設側の都合により変更になることもあります。

(推薦評価機関名称: \_\_\_\_\_)

(受講者名: \_\_\_\_\_)

(連絡先: \_\_\_\_\_)

\* 実習日程に関してお問い合わせさせて頂くことがあります。

平日の日中に連絡のつく連絡先をご記入下さい。

日程		順位 (1・2・3・・・)	備考
2月1日	(月)		
2月2日	(火)		
2月3日	(水)		
2月4日	(木)		
2月5日	(金)		
2月8日	(月)		
2月9日	(火)		
2月10日	(水)		
2月12日	(金)		
2月15日	(月)		
2月16日	(火)		
2月17日	(水)		
2月18日	(木)		
2月19日	(金)		
2月22日	(月)		
2月23日	(火)		
2月24日	(水)		
2月25日	(木)		
2月26日	(金)		

## 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

京都介護・福祉サービス第三者評価等支援機構 福祉サービス評価機関一覧表

平成21年11月末現在

	評価機関名称	評価機関所在地	電話番号	FAX番号
1	特定非営利活動法人市民生活総合サポートセンター	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目北1番21号 八千代ビル東館9階	06-6358-5700	06-6358-5709
2	社団法人京都ボランティア協会	〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅湊町83-1 ひと・まち交流館京都1F	075-354-8714	075-354-8715
3	社団法人京都府保育協会	〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町375 ハートピア京都 8階	075-223-8960	075-223-8961
4	特定非営利活動法人きょうと福祉ネットワーク「一期一会」	〒600-8104 京都市下京区五条通高倉西入万寿寺町143 いづつビル 6階	075-344-6511	075-344-6511
5	社団法人京都社会福祉士会	〒602-8143 京都市上京区猪熊通丸太町下ル仲之町519 京都社会福祉会館 2階	075-803-1574	075-803-1574