

平成 30 年度島根県福祉サービス第三者評価調査者養成研修受講申込書

ふりがな				生年月日	
申込者氏名				年 月 日生	
現住所 ※受講決定通知 送付先		〒 電話 () - FAX () -			
①所属(予定) 評価機関		名 称			
		所在地等		〒 電話 () - FAX () -	
②組織 運営 管理 分野	(1)業務経験者	勤務先(過 去も含む)	名 称		
			所属期間	年 月 ~ 年 月	
			組 織	人(所属時)	
	(2)-1 有資格者	資 格 名		1 公認会計士 2 弁護士 3 税理士 4 その他 ()	
(2)-2 経営相談、指導等経験者	勤務先(過 去も含む)	名 称			
		所属期間	年 月 ~ 年 月		
③福祉・ 保健・ 医療 分野	(3)福祉、保健、医療分野 の有資格者	勤務先(過 去も含む)	名 称		
			所属期間	年 月 ~ 年 月	
		資 格 名 (該当を○で囲む)	1 保健師 2 医師、看護師、理学療法士、作業療法士 3 社会福祉主事、社会福祉士、介護福祉士、 介護支援専門員、保育士、精神保健福祉士 4 その他 ()		
(4)学識経験者	勤務先	名 称			
		所属期間	年 月 ~ 年 月		
(5)福祉サービスに関する 業務経験者(※常勤)	勤務先(過 去も含む)	名 称			
		所属期間	年 月 ~ 年 月		

※ (1)~(5)のいずれかを選択し、ご記入ください。

※ この申込書に記入された個人情報は、本研修以外の目的に使用しません。

(様式 1)

実務経験(資格要件) 証明書

氏 名				
資格要件 (どちらかに○)	1 組織運営管理業務の3年以上の経験者又は同等の能力を有する者 2 福祉・医療・保健の有資格者又は学識経験者で当該業務の3年以上の経験者			
有資格内容	資格の名称 () 資格取得年月日 年 月 日 ※ 資格を証する書類の写しを添付すること。			
実務経験履歴	実務経験期間	勤務先	職 名	業務内容
	自 年 月 日 至 年 月 日			
	自 年 月 日 至 年 月 日			
	自 年 月 日 至 年 月 日			
	合計期間 年 月			
島根県社会福祉協議会会長 様 上記の者は、上記実務経験履歴に相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 従事事業所名 代表者氏名 印				

※ 勤務先事業所が複数にわたる場合は、事業所ごとに当該証明書を作成してください。