

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会

平成 20 年度評価調査者養成研修会受講申込書

ふりがな		性 別	生年月日	年 齢
氏 名		男・女		
住 所				
連絡先	電 話		携 帯	
職 業		勤務先		
所属評価機関	※所属評価機関先が決定している方のみご記入ください			
受講要件 ※該当要件に○ をしてください	(1) 福祉、医療、保健に関する有資格者で倫理綱領を有する職能団体に属している者			
	(2) 学識経験者で福祉、医療、保健に関する業務を 5 年以上経験している者			
	(3) 社会福祉法人に所属し、管理業務を 5 年以上経験している者			
	(4) 社会福祉法人に所属し、福祉に関する経営相談に 5 年以上携わった者			
	(5) その他、医療・宗教法人等に所属する者で、福祉サービス第三者評価推進委員会基準等委員会委員長がこれと同等の能力を有していると認めた者			
		実務経験期間	年 数	職務内容等
	年 月～ 月 年	年 ヶ月		
	年 月～ 月 年	年 ヶ月		
	年 月～ 月 年	年 ヶ月		
資 格 ※評価事業に関するものをご記入ください	取得年月	資格名		
	年 月			
	年 月			
	年 月			
所属団体名				
小論文	表 題		小論文添付	

上記のとおり、申込みいたします。

平成 年 月 日

氏 名 .....

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会委員長 殿