（様式第１号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

令和７年度滋賀県健康福祉サービス評価調査者

養成研修受講申込書

　滋　賀　県　知　事　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　令和７年度滋賀県健康福祉サービス評価調査者養成研修の受講について、下記のと

おり関係書類を添えて申し込みます。

記

　１　評価調査者養成研修受講申込者　（　　　　　人）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 受　講　申　込　者　氏　名 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |
| ５ |  |

　　　　※必要に応じて行を追加してください。

２　添付書類　(人数分添付すること)

・滋賀県健康福祉サービス評価調査者養成研修受講申込者調書（様式第２号）

・証明書類（（様式第２号）裏面記載のもの）

・従事経験証明書（様式第３号）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 担当者氏名 |  |  |
|  | 電　　　話 |  |  |
|  | Ｆ　Ａ　Ｘ |  |  |
|  | 住　　　所 |  |  |

（様式第２号）

滋賀県健康福祉サービス評価調査者養成研修受講申込者調書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
| 氏　　名 | |  | | |  |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日生 | | |  |
| 住 所 | | （〒　　　－　　　　） | | |  |
| 日中に連絡のつく電話番号 　(自宅・職場・携帯) | | |
| E-Mail | |  | | |  |
|  | | 名　称 | | |  |
| 勤 務 先 | |  | | |  |
| (就業して | |  | | |  |
| いる場合) | | 所在地 | | |  |
|  | |  | | |  |
| 受講資格 | | 滋賀県健康福祉サービス第三者評価機関認証実施細則 | | |  |
|  | | 第８条　　項　　号に該当 （※１　裏面記載の証明書類を添付する） | | |  |
|  | 従　事　期　間 | | 勤務先名称 | 従事業務内容 |  |
| 受 |  | |  |  |  |
| 講 | 年　月　日　～　年　月　日 | |  |  |  |
| 者 |  | |  |  |  |
| 資 | 年　月　日　～　年　月　日 | |  |  |  |
| 格 |  | |  |  |  |
| 確 | 年　月　日　～　年　月　日 | |  |  |  |
| 認 |  | |  |  |  |
| 欄 | 年　月　日　～　年　月　日 | |  |  |  |
|  | 年　月　日　～　年　月　日 | |  |  |  |
|  | | 資格等取得年月日 | 資　格　等　名　称 | |  |
| 国家資格等 | | 年　　月　　日 |  | |  |
| 記　載　欄 | |  |  | |  |
|  | | 年　　月　　日 |  | |  |
| 上記の者が研修修了後、当法人に評価調査者として所属することを確約します。 | | | | |  |
|  | | | | |  |
| 令和　　年　　月　　日 | | | | |  |
| 法　人　名 | | | | |  |
|  | | | | |  |
| 代表者氏名 | | | | |  |
|  | | | | |  |

（　裏　面　）

※１〔証明書類〕

　○　細則第８条第１項第１号に該当

　　　　・所属していた法人の定款等(３年以上確認できるもの)

　　　　・従事経験証明書(様式第３号)

　○　細則第８条第１項第２号に該当

　　　・所属していた法人の職制等が確認できる資料

　　　　・従事経験証明書(様式第３号)

　○　細則第８条第２項に該当

　　　・所属していた事務所の事業内容が確認できる資料

　　　　・従事経験証明書(様式第３号)

　○　細則第８条第３項第１号、第２号または第３号に該当

　　　　・資格者証(写)

　　　　・従事経験証明書(様式第３号)

　○　細則第８条第４項に該当

　　　　・従事経験証明書(様式第３号)

* 「細則第８条第３項第４号」または「細則第８条第５項」に該当する者は事前に問い

　合わせのうえ、必要な書類を確認し添付すること。

　　(注)　細則：滋賀県健康福祉サービス第三者評価機関認証実施細則

　　(注)　上記書類で受講資格が確認できない場合は、関係書類の追加を求めることが　　　　　　　あります。

|  |
| --- |
| **複数の施設（事業所）から証明書をもらう場合は、本書をコピーしてください** |

（様式第３号）

従　事　経　験　証　明　書

令和　年　月　日

　　滋賀県知事　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名 印

　　　下記の者の従事経験を、以下のとおり証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏 名 | |  |
| （生年月日　　　年　　月　　日生） | |  |
| 従　事　期　間 | 従事業務内容 |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |

注)

　１　従事業務内容は具体的に記入すること。

　　　　　例：理事（〇〇部長）

　　　　　　：経営相談業務に従事

：○○施設生活指導員

　 ：○○短期大学社会福祉学部社会福祉学科専任講師

　２　従事経験年数を算定できる基準日は、**令和６年１０月２３日まで**とする。

３　虚偽または不正な事実に基づいて養成研修を受講した場合、本人の修了資格取り　　消しや、所属する第三者評価機関の認証が取り消しとなる場合があるので、留意の　　うえ証明書を作成すること。