

令和8年度 千葉県福祉サービス第三者評価調査員養成研修 受講申込書

フリガナ					性別	年齢	※整理番号
氏名					1 男 2 女	歳	
生年月日	(元号)	年	月	日	希望コース (Aコース・Bコース・Cコース・Dコース)		
	(西暦)						
フリガナ							
現住所	都道府県 市町村						
	〒				緊急連絡先 (携帯番号)	-	-
メールアドレス	注：オンライン研修に参加する際に使用するアドレスを記載すること						
評価調査員としての状況 (千葉県、他県等)				あてはまる資格要件 (いずれか又は両方に○)			
1	都道府県	研修年度	修了証番号 (養成)	1	組織 運営系	組織経営管理業務を3年以上経験している者、 又はこれと同等の能力を有していると認められる者	
						経験年数 合計 年 月	
2	都道府県	研修年度	修了証番号 (養成)	2	福祉系	福祉、医療、保健分野の有資格者若しくは学識 経験者で、当該業務を3年以上経験している 者、又はこれと同等の能力を有していると認め られる者	
						経験年数 合計 年 月	
千葉県知事 熊谷 俊人 様 当評価機関に所属して千葉県で第三者評価調査の活動を希望する者は、上記の通りで相違ありません 所在地 評価機関名 代表者名 印							

※ この様式は、新たに評価調査者になろうとする人について、研修の受講を申し込む場合に用います

※ 評価調査員の具体的な資格要件は別紙4に記入してください

※ 要件の如何に関わらず身分証明書（運転免許証、パスポート、健康保険証等）の写しをこの様式の裏面に貼付してください

※ すでに評価調査員である方は、養成研修の修了証または登録証を添付して下さい（千葉県、他県等）

※ 経験年数は、別紙4により証明した経験年数を記載してください