

平成 30 年度 社会的養護関係施設
 第三者評価事業「評価調査者」継続研修会
 【平成 30 年 4 月 5 日(木)～6 日(金)開催】

参加・宿泊・昼食 申込書

FAX: 03-3595-1119【添書不要】

申込締切日:平成 30 年 3 月 8 日(木)

<ただし定員(150名)となり次第締切となります>

※ 宿泊申込・昼食申込が無い場合も全てご記入の上申込みください

都道府県	
参加券送付先住所	(郵便番号: _____)※郵便番号・住所は正確にご記入ください。 TEL: _____ FAX: _____ 連絡担当者氏名: _____ 様
連絡先メールアドレス	@

参加申込(全てご記入ください)		宿泊申込	昼食申込
氏名(フリガナ) (男・女)	直近に受講した社会的養護関係施設 評価調査者養成研修 修了番号(S または SK のいずれかで始まる番号)	宿泊有無 宿泊希望・宿泊不要	※4月5日(第1日)は各自 お召上りの上お越しく ださい □ 4月6日(第2日)
所属評価機関の都道府県名		宿泊日(泊数) 4月__日より(__泊)	
所属評価機関名 (電話番号: _____)		禁煙有無 禁煙・喫煙	
【備考】※変更・取消等のご連絡はその旨こちらにご記入の上、FAXにてお送りください。/車椅子のご利用等、配慮の必要な事項がある場合はこちらへご記入ください。			

社会的養護関係施設 第三者評価の評価件数

※全国共通の基準を使用し、平成 27～29 年度に評価調査者として担当した件数(申込現在)
 ※評価結果未確定のものがある場合、その件数をカッコ内にご記入ください

児童養護施設	乳児院	児童心理治療施設	児童自立支援施設	母子生活支援施設	合計(件)
____件 (うち未確定____件)	____件 (うち未確定____件)	____件 (うち未確定____件)	____件 (うち未確定____件)	____件 (うち未確定____件)	____件 (うち未確定____件)

直近に評価を実施した社会的養護関係施設

これまでの主な評価担当

施設の所在都道府県	評価結果の確定(予定)年度: 平成 _____ 年度	該当する項目に○を ご記入ください	評価担当
施設種別	施設名		(1) 組織マネジメント関係担当
			(2) サービス内容関係担当
			(3) (1)(2)ともに担当

《お申込先》名鉄観光サービス株式会社 新霞が関支店 担当:下枝・山辺 (FAXにてお申込みください)

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビルLB階