

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」養成研修会
 【平成 30 年 5 月 7 日(月)～5 月 10 日(木)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4月16日(月)

<ただし定員(180名)となり次第締切となります>

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	@

1. 参加等申込 ※ 宿泊申込・昼食申込が無い場合もご記入の上申込みください

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)		宿泊有無 宿泊希望・宿泊不要	※5月7日(第1日)は各自お召上りの上お越しください <input type="checkbox"/> 5月8日(第2日) <input type="checkbox"/> 5月9日(第3日) <input type="checkbox"/> 5月10日(第4日)
評価調査者経験年数 ____年 ____カ月	出席課目 <input type="checkbox"/> 全課目(5/7～5/10) <input type="checkbox"/> 社会的養護必須課目のみ(5/8～5/9)	宿泊日(泊数) 5 月 ____日より(____泊)	
所属評価機関の都道府県名	所属評価機関名 (電話番号: _____)	禁煙有無 禁煙希望・喫煙希望	
【備考欄】※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にご記入ください。			

該当する受講要件に○をご記入ください	該当する受講要件	保有資格 (福祉、医療、保健分野)
	(1)ア 福祉、医療、保健分野の有資格者又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	
	(1)イ 組織運営管理業務を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	
	(2) 本会(全社協)が行う評価調査者指導者研修 又は 都道府県推進組織が行う評価調査者研修を受講し、修了した者	

※(2)に該当する方のみご記入ください

修了した研修	※②に該当する場合は、都道府県名もご記入ください	修了番号	修了年度
該当する研修に○をご記入ください			
	①.本会(全社協)が行う評価調査者指導者研修		
	②.都道府県推進組織が行う評価調査者研修 (都道府県名: _____)		

2. これまでの評価実績（記入日時点）

(1) これまでに 評価した施設・事業所数	件
-----------------------------	---

以下、評価実績のある方のみご記入ください

(2) これまでの主な評価担当	該当する項目に○を ご記入ください	
		(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

(3)-① これまでに評価した 施設・事業所種別	該当する項目に○を ご記入ください	
		高齢
		障害
		保育
		社会的養護
	その他	

※(3)-①で「社会的養護」に○をつけた方のみご記入ください。

(3)-② 平成27年度以降に 評価した社会的養護 関係施設の数	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	自立援助 ホーム	ファミリー ホーム
	件	件	件	件	件	件	件

《お申込先》

名鉄観光サービス株式会社 新霞が関支店 FAX:03-3595-1119 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