|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 平成31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31年5月7日（火）～5月10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31年４月10日（水）**＜ただし定員（80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[ ]  ５月 ８日（第２日）[ ]  ５月 ９日（第３日）[ ]  ５月１０日（第４日） |
| 評価調査者経験年数　　　　　　年　　　カ月 | 出席課目[ ] 全課目（5/7～5/10）[ ] 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枚目に続きます |  |

1/2

**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）-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 |

**※（３）-①で「社会的養護」に○をつけた方のみご記入ください。**

**≪お申込先≫**

**名鉄観光サービス株式会社 MICEセンター　FAX：０３－３５９５－１１１９　担当：下枝・柴田（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**

2/2

2/2