（様式２）

熊本県福祉サービス第三者評価調査者養成研修受講申込書

令和７年（２０２５年）　　月　　日

　　熊本県知事　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者　 ふりがな

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　熊本県福祉サービス第三者評価調査者に係る養成研修を受講したいので、下記のとおり関係書類を添えて申し込みます。

記

１　資格要件（該当するものに○を付してください。）

ａ　組織運営管理業務の３年以上の経験者又は同等の能力を有する者

ｂ　福祉・医療・保健分野の有資格者若しくは学識経験者で、当該業務に３年以上の経験者又は同等の能力を有する者

２　所属する（予定の）評価機関

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 連　絡　先 |  |

３　実習の希望施設

　　（希望する順に１～２の番号を記入してください。人数の都合で希望にそえない場合もあります）

|  |  |
| --- | --- |
| 高齢者福祉施設 | 保育所 |
|  |  |

４　連絡先

　　（ＰＣでの作業を希望される場合は、様式のデータを送付しますので、メールアドレスを記入してください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 電話番号 |  | メールアドレス | ＿＿＿＿＿＿＠＿＿＿＿＿＿ |

５　添付書類

業務経験・資格要件証明書（様式３）

［履修免除に該当ある場合］

全国社会福祉協議会又は全国保育士養成協議会等が実施した評価調査者養成研修を修了した者で「基礎的研修課程Ⅰ」の履修免除を希望する者は、当該研修の修了証書の写し