

(別記第1号様式)

(表面)

第 一 号	
熊本県福祉サービス第三者評価 評価調査者証	
(顔写真) (3cm×2cm) (3ヶ月以内撮影)	氏 名
	上記の者は、 年度に実施した評価調査者養成研修 を修了した評価調査者であることを証する。
年 月 日	
熊本県知事	印

(裏面)

熊本県福祉サービス第三者評価業務実施要領 (抄)			
(評価調査者の責務)			
第6条 評価調査者が評価業務に従事する場合は、評価調査者証を携帯し、事業者及び利用者等に対する調査等を行う場合は、これを提示し、身分を明らかにしたうえで実施する。			
研修受講歴			
年度	研 修 名	実 施 時 期	確認印
(備考)			

(別記第2号様式)

熊本県福祉サービス第三者評価調査者業務経験及び資格要件追加届出書【評価機関用】

年 月 日

熊本県知事 様

評価機関名
評価機関住所
代表者氏名

熊本県福祉サービス第三者評価調査者養成研修等実施要領第12条の規定に基づき、下記のとおり要件の追加を届出ます。

記

NO	氏名	評価調査者 番号	現在満たしている要件等 (いずれかに○)		新たに追加 する要件 (a、b)	左記の要件 を取得した 年月日	備考
			a 組織運営 管理	b 福祉・医 療・保健等			
1							
2							
3							
4							
5							

※実務経験・資格要件証明書（別添様式）を添付してください。

取りまとめ担当者氏名	
連絡先 (TEL・FAX・E-Mail)	

(別記第3号様式)

熊本県福祉サービス第三者評価調査者業務経験及び資格要件追加届出書【個人用】

年 月 日

熊本県知事 様

住 所
届出者 氏 名
評価調査者番号
電話番号

熊本県福祉サービス第三者評価調査者養成研修等実施要領第12条の規定に基づき、下記のとおり要件の追加を届出ます。

記

- 1 現在満たしている要件 (いずれかに○)
 - a 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者と認められる者
 - 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者と認められる者
- 2 新たに追加する要件
a ・ b
- 3 2の要件を満たした年月日
年 月 日
- 4 添付資料
実務経験・資格要件証明書 (別添様式)

(別添様式)

業務経験・資格要件証明書

氏 名	
-----	--

a 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に該当する場合

職 名	所属部署	管理して いた人数	業 務 内 容	実務経験時期	期 間
				自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
				自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
				合 計	年 月

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に該当する場合

資 格 (取得年月日)	所属・職名	業 務 内 容	実務経験時期	期 間
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
			合 計	年 月

※資格を証する書類の写しを添付すること。

熊本県知事 様

本書のとおり、上記の者の履歴に相違ないことを証明します。

年 月 日

従事事業所名

代表者氏名

※不用の欄は、斜線で削除すること。

※従事した事業所が複数にわたる場合は、事業所ごとに作成すること。