

(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（法人経由用）

平成 年 月 日

熊本県知事 様

申請者 住所
氏名
電話番号 ⑩

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めます。

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

法人の名称	一般社団法人 熊本県社会福祉士会
所在地	〒862-0910 熊本市東区健軍本町 1-22 東部ハイツ 105
連絡先	096-285-7761

3 実習の希望施設（希望する順に番号を記入してください。）

高齢者福祉施設	児童福祉施設

4 添付書類

実務経験・資格要件証明書（様式4）

（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

※ただし、評価機関の認証に伴う事前協議において、資格審査を終了した受講予定者については、これらの書類の添付を省略することができます。