（様式１）

**静岡県福祉サービス第三者評価機関更新時研修受講申込書**

　　年　　月　　日

　　　　静岡県知事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　認証番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　評価機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　静岡県福祉サービス第三者評価機関更新時研修を、下記のとおり受講したいので、申込みます。

１　第三者評価機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認証有効期間 | から　　　　　　　　　　まで | |
| 認証有効期間における  評価実績 | 保育所 |  |
| 幼保連携型認定こども園 |  |
| 高齢者福祉サービス |  |
| 障害者・児福祉サービス |  |
| 救護施設・放課後児童クラブ・その他 |  |
| 合　　　　　計 |  |

２　研修を受講する評価調査者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 評価調査者氏名 | 修了者番号 | １年以内の評価実績 |
|  |  | 保育所　件、幼保連携型認定こども園　件、  高齢者福祉サービス　件、  障害者・児福祉サービス　件、  救護施設・放課後児童クラブ・その他　　件 |
|  |  | 保育所　件、幼保連携型認定こども園　件、  高齢者福祉サービス　件、  障害者・児福祉サービス　件、  救護施設・放課後児童クラブ・その他　　件 |
|  |  | 保育所　件、幼保連携型認定こども園　件、  高齢者福祉サービス　件、  障害者・児福祉サービス　件、  救護施設・放課後児童クラブ・その他　　件 |
|  |  | 保育所　件、幼保連携型認定こども園　件、  高齢者福祉サービス　件、  障害者・児福祉サービス　件、  救護施設・放課後児童クラブ・その他　　件 |