（様式1－2）

評価業務実績

　　　　回

**静岡県福祉サービス第三者評価調査者継続研修受講申込書**

令和　　年　　月　　日

　静岡県知事　川 勝 平 太　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　修了者番号

　静岡県福祉サービス第三者評価調査者継続研修を、下記のとおり受講したいので、関係書類を添えて申込みます。

記

１　日時　令和６年２月22日（木）

２　所属（予定）の評価機関

|  |  |
| --- | --- |
| 所属（予定）機関の有無（該当番号に○） | 　①　現在評価機関に所属している。　②　評価機関に所属する具体的な予定がある。　③　これから所属先を検討する。　④　所属予定はない。 |
| ①②の場合 | 所属（予定）機関の名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

３　受講料納付書の送付先

　希望する送付先に○を付してください。

　①自宅　　　②所属評価機関（評価機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　）

　③勤務先等（あて先の住所・名称等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４　その他

研修時に講師に質問したい事例があれば、資料を一緒に送付してください。

※　添付書類　評価調査者養成研修修了証書（写）又は修了者証（写）、あるいは

全国社会福祉協議会「評価調査者養成研修会修了証書」（写）及び

「社会的養護関係施設評価調査者養成研修会修了証書」（写）