

平成26年度 東京都福祉サービス
評価者養成講習 受講者被推薦者の受講資格要件番号、分野
(福祉・経営)をご記入ください。

分類1 : 福祉

分類2、3 : 経営

分類4、5 : 福祉もしくは経営

(申請内容にて記載)

優先順位	氏 名	住 所	要件番号	分野(福祉・経営)	
1	山田 太郎	千代田区栄町 1-1-1-101	1-1	福祉	
2	評価 花子	墨田区墨東 2-5-7	1-5-①	福祉	
3	機構 次郎	新宿区大久保 3-2-2	3-1	経営	
4	機関 三郎	足立区西新井 3-5-2	2-1	経営	
5	手法 五郎	江戸川区南町 1-2-3	1-1	福祉	
既登録者		評価者番号			
既登録者		評価者番号			

上記の者は、貴機構で定める資格要件を満たしているため、貴機構の評価者養成講習に
既登録者の記載は新規認証申請法人のみに属する予定です。

平成 26 年 4 月 18 日

認証機関番号: 機構 01-234

評価機関名: ● ● ● ● 株式会社

代 表 者: 評 価 一 郎

所 在 地: 〒162-0823
新宿区神楽河岸 1-1

電 話: 03-△△△△-1234

印

備考欄

推薦書の作成年月日、「評価機関名」、
「代表者」、「所在地」、「電話」を記入
の上、代表者印を忘れずに捺印してく
ださい。

*この情報については、評価者養成講習及び評価者名簿登載時以外は、使用いたしません。

記載例

評価機関評価実績等状況調書

評価機関名 ●●●●株式会社（機構 - ）

○評価機関評価件数

各年度の評価件数を記入してください。（準ずる評価・利用者調査のみの調査等は含まない）

	23年度	24年度	25年度	26年度 (予定)
件数	15	20	25	30

○評価者数及び評価実績

平成26年4月1日現在 在籍する評価者について、貴評価機関における平成25年度実績を記入してください。

評価者数 (合 計)		内訳(評価実績)					
		0件	1件	2件	3件	4件	5件以上
主たる	10	1	3	1	1	2	2
従たる	10	2	3	1	0	0	4

○推薦する受講者数について

・推薦する受講者数の考え方について、26年度以降の評価予定等を踏まえ記入してください。

現在の所属評価者の状況や、評価実績、今後の展望等を踏まえた内容を記載。

○研修について

・新規評価者に対し予定している研修等について記入してください。

推薦した新規評価者に対して、評価機関の内部で行う研修、外部の研修受講など、どのような研修を考えているか等を記載。

・評価機関で実施している、または実施を予定している評価者に対する研修について記入してください。

現在、評価機関で行っている所属評価者に対する研修及び今後行う予定の研修について記載。

○その他

記載例

様式3

○受講申込者 提出書類一覧表

評価機関名 ●●●●株式会社

推薦順位 1

申込者氏名

受講資格要件 3-1

複数入力が可能です。
プルダウンメニューから選択してください。

受講資格要件を入力すると
必要書類が表示されます。

提出する書類に
○を入力してください。
資格要件に準じて

提出書類	該当受講資格要件	必要書類	提出の有無
評価者養成講習申込書 【様式A】	必須	○	○
実務経験(資格要件)証明書 【様式B】	必須	○	○
受講申込レポート 【様式C】	必須	○	○
実績表 【様式a】	1-5-①・②・③、1-6-①・②	-	
実績表 【様式b】	1-7-①・②	-	
実績表 【様式c】	1-8	-	
実績表 【様式d】	3-1	○	○
実績表 【様式e】	3-2、3-3	-	
登記簿謄本	2-1	-	
法人規模の確認できる資料	2-1	-	
業務内容が確認できる成果物	1-5-②・③	-	
実績表記載事項に関する成果物 ※提出する成果物について下記の別表に記載すること	1-6-①・②、1-7-①・②、 3-1、3-2、3-3	○	○
所属する事務所・調査会社・団体等の概要が分かる資料	1-8、3-1、3-2、3-3	○	○
大学等で週1回以上講義を担当していることが分かる資料	4-1	-	
研究論文等	4-1	-	
推薦理由書	5-1-①、5-1-②	-	
その他補足資料		△	○

※(別表) 提出成果物等一覧

提出成果物名	実績表 該当番号	返却の 要否	備考
1 株式会社□□□□の経営相談	1	要・不要	
2		要・不要	
3		要・不要	
4		要・不要	
5		要・不要	
6		要・不要	
7		要・不要	
8		要・不要	

実績表の番号を記載して
ください。

どちらかに○をしてください。

機構使用欄

預かり日；

返却日；

記載例

評価者養成講習申込書

フリガナ	ヤマダ				タロウ				性別	年齢	※整理番号						
氏名	山 田				太 郎				① 男 2 女	45 歳							
生年月日	西暦	1	9	6	7	年	0	4	月	0	8	日	あてはまる応募資格要件分類番号				
													①	2	3	4	5
フリガナ	トウキョウト チヨダク サカエチョウ																
現住所	東京 (都) 道 千代田 (区) 市 栄町 府 県 町 村 〒 1 0 0 0 0 0 0 (電話) (03) 0000 -																
フリガナ	カブシキカイシャ ● ● ☆ ☆ ザイタクカイゴセンター																
勤務先名	株式会社 ● ● ☆ ☆ 在宅介護センター																
フリガナ	トウキョウト シンジュクク カグラカシ																
勤務先所在地	東京 (都) 道 新宿 (区) 市 神楽河岸 2-2 府 県 町 村 〒 1 6 2 0 8 2 3 (電話) (03) 5206 - 8765																
推薦評価機関名 (法人名)	● ● ● ● 株式会社																
希望	第1希望				第2希望				第3希望								
コース	B				A				C								

別紙の実務経験証明書の該当する応募資格要件分類に○を付けてください。
(複数可)

【備考】

- 希望コースは、第3希望まで記入してください。第1希望が定員となった場合は、順次希望を繰り下げてコース決定します。(同一のコースに希望が集中することがあるため、必ず第3希望まで記入してください。)
 - ※の欄は記入しないでください。
 - 申し込みは、申込者一人につき1通のみです。2通以上の申し込みは無効です。
- ※この情報については、評価者養成講習以外は使用しません。

実務経験(資格要件)証明書

様式B

記載例

下記の実務経験の分類毎の合計期間を記入してください。合計月数が36か月以上になっているか確認してください。

該当する場合は勤務実績を記入

新しい順に記入	実務経験期間 (西暦で新しい順に記入)	月数	分類	資格要件番号	実績表有・無	勤務先	部署名	役職	職務内容(具体的に記述)	常勤・非常勤	日数/週 a	実績 b	勤務実績 a×b
1	2000年 4月～2014年 5月	158 か月	1	1-1	有・無	株式会社●● ☆★在宅介護センター	施設調整係	係長	居宅介護支援専門員として訪問調査、相談、ケアプランの作成など行っている。	常勤 非常勤	日	週	
2	1995年 4月～2000年 3月	60 か月	1	1-1	有・無	社会福祉法人●●会 ○△の家 (認知症対応型共同生活介護)		主任	リーダーとして介護業務全般を行った他、部下の指導も中心となっていた。	常勤 非常勤	日	週	
3	年 月～年 月				有・無					常勤 非常勤	日	週	
4	年 月～年 月				有・無	法人名 事業所名 (サービス名) の順で記載してください。			資格に応じた職務内容は、詳しく記入してください。	常勤 非常勤	日	週	
5	年 月～年 月				有・無					常勤 非常勤	日	週	

※1

※2

評価に関連する主な資格で該当する資格に○印

取得資格の名称	取得年月日(西暦)	取得資格の名称	取得年月日(西暦)
1. 社会福祉士	年 月	7. 訪問介護員1級	年 月
2. 介護支援専門員	2000年 3月	8. 訪問介護員2級	年 月
3. 保育士	年 月	9. 栄養士	年 月
4. 看護師	年 月	10. 精神保健福祉士	年 月
5. 介護福祉士	1995年 3月	11. 中小企業診断士	年 月
6. 保健師	年 月	12. 社会保険労務士	年 月

その他の資格

取得資格の名称	資格認定機関名称	取得年月日(西暦)
		年 月
		年 月

その他評価に関連する資格をお持ちの方はこちらに記入してください。

※機構認証

*この情報については、評価者養成講習及び評価者名簿登載時以外は、使用しません。

※1 実務経験期間については平成26年5月末日までの実務経験見込みについて記入してください。勤務先欄は、法人名、事業所名、法律に基づくサービス名称を明記してください。

保育所については、認証・認可の別を明記してください。

※2 実績表の有無については別紙3 養成講習申込提出資料一覧により確認してください。

上記のように実務経験(資格要件)を有していることに相違ありません。

平成 26年 4月 18日

申込者氏名: 山田 太郎

上記の者の実務経験は貴機構の定める必要な資格や経験を有していることを証明します。

平成 26年 4月 21日

評価機関名: ●●●●株式会社

代表者名: 評価 一郎

印

代表者印を押印してください。

印

文字数をチェックしてください。

1行は50文字に設定してあります。フォント、字体は変更せず、
数字、句読点は全角で入力してください。

○次の事項について記入してください。記入はパソコンにより作成してください。(手書き不可)

(1) 東京都の福祉サービス第三者評価制度について、必ず、ホームページ等で情報収集をしたうえで記入してください。(300文字以上 400文字以内)

- ・ 東京都の制度の概要や他の道府県との違い、東京都ならではの取り組み等について記載して下さい。

(2) 評価者養成講習に申込みをした動機とめざす評価者像について記入してください。(300文字以上 400文字以内)

- ・ 講習に申込みをした動機、あなたが目指し、理想とする評価者像について詳細に記載して下さい。

(3) 自分の職務経験等をどのように福祉サービス第三者評価に活かせるかと考えますか。実務経験証明書【様式B】に書かれた実務経験に基づき記入してください。(300文字以上 400文字以内)

- ・ 今までにどのような業務に携わってきたか、また、その経験を福祉サービス第三者評価にどのように活かせるか等を詳細に記載して下さい。

(4) 「利用者本位の福祉サービス」とはどのようなものだと考えますか。(300文字以上 400文字以内)

- ・ 受講申込者が「利用者本位の福祉サービス」について、考えていることやこれまでの経験の中で感じたこと等を記載して下さい。

(5) 実務経験証明書【様式B】に記載した以外に今まで関わった「福祉サービス」にはどのようなものがありましたか。具体的な関わり方を示して記入してください。(ない場合は「なし」と記入してください)

- ・ 実務経験証明書に記載した以外に関わった「福祉サービス」があれば記載し、その福祉サービスとの関わり方や感じたことなどを記載してください。