

平成 27 年度東京都福祉サービス評価推進機構

評価者養成講習募集要項

I 目的

評価者養成講習（以下「養成講習」という。）は、東京都における福祉サービス第三者評価を行うために必要な一定のレベルの知識や経験がある受講申込者を対象に、東京都福祉サービス第三者評価のルールを理解や評価の視点、判断基準の共有化を図ること等により、都民や福祉事業者等から信頼される評価者を養成することを目的とします。

II 受講申込

受講申込は、認証評価機関（以下「評価機関」という。）のみ受け付けます。（個人での申込はできません。）

受講申込者を推薦する評価機関は、以下の手続きにより申込書類を提出してください。

なお、新規認証申請法人は、「Ⅷ 新規認証申請法人の受講申込について」を確認の上、評価機関と同様の手順、方法でお申し込みください。

1 申込書類の受付方法

郵送による受付のみ（FAXは不可です）

【重要】

※平成27年度より受付方法が変更になりました。評価者養成講習受付事前申込書の提出による面談形式での申込受付は原則いたしません。

※申込書類を全て揃えた上で、申込期間内に、東京都福祉サービス評価推進機構（以下「機構」という。）宛送付してください。

※個人情報を含みますので、簡易書留等により、評価機関が配達確認出来る方法で送付してください。

2 申込期間

平成27年4月1日（水）～4月24日（金）（当日消印有効）

※申込期間を過ぎた消印の書類は、一切受け付けることができませんのでご注意ください。

3 申込先

〒163-0719 東京都新宿区西新宿二丁目7番1号 小田急第一生命ビル 19階
東京都福祉サービス評価推進機構 公益財団法人東京都福祉保健財団
福祉情報部 評価支援室 研修担当 宛

4 問い合わせ先

公益財団法人東京都福祉保健財団 福祉情報部 評価支援室
担当：鈴木・只友 電話：03-3344-8515

Ⅲ 受講申込から評価者として登録されるまでの流れ

1 スケジュール

<受講申込>

評価機関は申込書類を全て揃えた上で、申込期間内に機構宛郵送します。
申込期間：平成27年4月1日（水）～4月24日（金）（当日消印有効）
※詳しい申込手順については次ページをお読みください

<資格審査>

評価機関が提出した申込書類を受付し、養成講習受講資格審査会（以下「受講資格審査会」という。）において受講資格要件を審査します。

<受講決定通知送付>

受講資格審査会終了後、平成27年7月下旬頃（予定）評価機関に送付します。

<評価実習実施>（「Ⅶ 養成講習について」参照）

平成27年9月1日から、修了試験の合格通知日より2か月後以内までの期間において実施します。

<養成講習の実施>

Aコース：9/30(水)、10/1(木)、10/2(金)、10/7(水)、10/14(水)、10/21(水)
Bコース：9/30(水)、10/1(木)、10/2(金)、10/8(木)、10/15(木)、10/22(木)
Cコース：9/30(水)、10/1(木)、10/2(金)、10/9(金)、10/16(金)、10/23(金)
※各コースの最終日には修了試験を実施し、機構が定める基準に達した者を修了試験合格者とします。

<試験結果通知送付>

平成27年10月30日（金）頃（予定）

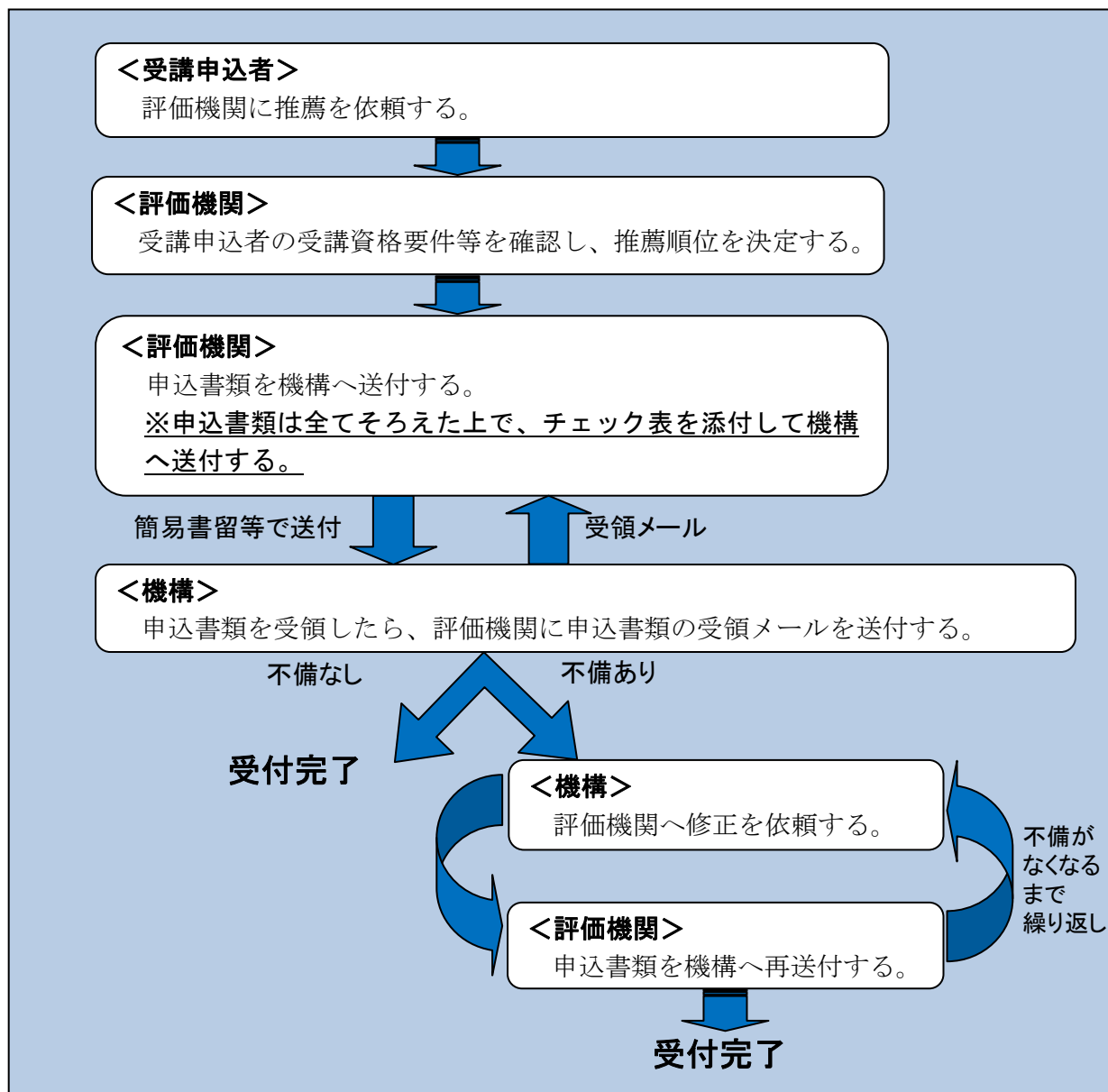
<修了証交付>

修了試験に合格し、且つ評価実習を修了した者に対して修了証を交付します。

<名簿登載手続き>

評価者として活動するには、評価者名簿への登載が必要です。
修了証発行後30日以内に名簿登載手続きを行わない場合、修了証は無効となります。
新規認証申請法人については、評価機関認証と同時に名簿登載されます。

2 養成講習申込手順



(1) 申込書類の送付

養成講習に受講申込者を推薦する評価機関は、必要な書類を全て揃えて、郵送により申し込んでください。

なお、申込書類には個人情報が含まれますので、簡易書留等により、配達確認が出来る方法で送付してください。

(2) 申込書類受領の連絡

申込書類の受領年月日を機構よりメールで連絡いたします。申込書類を送付したにもかかわらず、機構より連絡がない場合は、速やかに研修担当までお問い合わせ下さい。

(3) 申込書類の確認

申込書類を確認し、不備等が無ければ受付完了となります。

なお、申込書類に不備があった場合のみ、機構より評価機関にご連絡させていただきます。その際、機構へお越しいただき、お問い合わせや書類の訂正、再提出等を求める場合があります。

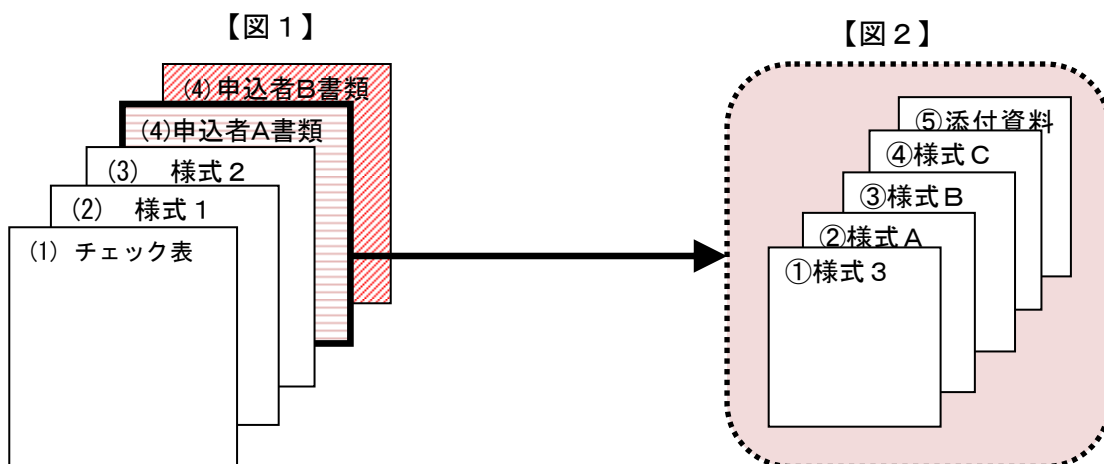
IV 申込書類

1 申込書類

- (1)受講申込提出書類 チェック表（評価機関）
- (2)評価者養成講習受講者推薦書【様式1】（評価機関）
- (3)評価機関評価実績等状況調書【様式2】（評価機関）
- (4) 受講申込者に関する申込書等（受講申込者ごと）
 - ①受講申込者 提出書類一覧表【様式3】
 - ②評価者養成講習申込書（個票）【様式A】
 - ③実務経験（資格取得）履歴 【様式B】
 - ④受講申込レポート【様式C】
 - ⑤添付資料（実績表・成果物等） ※受講資格要件によって、必要となる添付資料は異なります。

2 申込書類の提出方法

- (1)申込書類は、【図1】のように上記「1申込書類」の(1)から(4)の順番で綴じてください。
- (2)受講申込者に関する申込書等は、受講申込者ごとに、【図2】のように上記「1申込書類（4）受講申込者に関する申込書等」①から⑤の順番で綴じて、クリップでまとめてください。（ステープラは不可）



3 注意事項

- (1)様式が定められている書類についてはすべてパソコンで入力し、作成してください。（手書き不可）
- (2)申込期間内に送付された申込書類により審査します。送付の際に、添付漏れがないよう評価機関で確認してください。
- (3)受講申込者に関する申込書等のうち、「③実務経験（資格取得）履歴【様式B】」は、受講申込者本人が作成し、評価機関が証明書類等で確認してください。
- (4)受講申込者に関する申込書等のうち、「⑤添付資料（実績表・成果物等）」は受講申込者本人が用意してください。
- (5)成果物等の添付書類が多数ある場合は、別綴じにしても構いません。その場合は、付箋等によりどの受講申込者の添付資料か特定できるよう工夫をお願いします。
- (6)成果物等の添付書類はまとめて「受講申込提出書類 チェック表」の提出成果物一覧に記入し、返却の要否についても必ず記入してください。
返却が必要な書類については、受講決定後、機構より評価機関宛にご返却いたします。

V 受講資格要件

福祉サービス第三者評価機関認証実施要領第9条に該当する者(下記の【資格要件】を満たす者)を評価機関から推薦してください。

なお、資格要件により申込に必要な書類は異なりますので、別紙1「受講資格要件別養成講習申込提出資料一覧」及び別紙2「評価者養成講習受講資格要件」を御確認ください。

【資格要件】次の分類の1つ以上に該当し、別紙2「評価者養成講習受講資格要件」に合致する者

(分類1)	福祉・医療・保健業務を3年以上経験している者
(分類2)	組織運営管理等業務を3年以上経験している者
(分類3)	調査関係機関等で調査業務や経営相談を3年以上経験している者
(分類4)	福祉・医療・保健・経営分野の学識経験者で当該業務を3年以上経験している者
(分類5)	その他、上記と同等の能力を有していると機構が認める者

VI 受講決定

受講資格要件等について申込書類により受講資格を審査し、受講者を決定します。

なお、資格審査通過者が定員を上回っている場合には、各評価機関からの推薦順位等を勘案し、受講者を決定します。

受講決定通知は平成27年7月下旬頃(予定)評価機関に送付します。

VII 養成講習の概要

1 養成講習日程

コース名	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
Aコース	9月30日 (水)	10月1日 (木)	10月2日 (金)	10月7日(水)	10月14日(水)	10月21日(水)
Bコース				10月8日(木)	10月15日(木)	10月22日(木)
Cコース				10月9日(金)	10月16日(金)	10月23日(金)

※1日目、2日目、3日目は3コース合同で実施します。

2 募集定員

90名(各コース30名)

3 養成講習会場

公益財団法人東京都福祉保健財団 多目的室(予定)

4 受講料

¥30,000-

受講決定通知書に同封する「払込票」にて振り込みをしてください。振込方法については、受講決定通知送付の際、お知らせします。

5 養成講習実施方法

「講義・演習」と評価機関による「評価実習」により実施します。

(1) 講義・演習

6日間 39時間

- ① 講義・演習の時間は原則として、午前9時30分から午後5時までです。
- ② 遅刻・早退・欠席は、原則として認めません。
- ③ 養成講習では、課題(宿題)を設定し、その提出を受講の条件としています。
- ④ 養成講習最終日に修了試験を実施します。

(2) 評価実習

- ① 評価機関が平成27年9月1日以降に実施する、機構の定める評価に補助者として参加し、現地調査に同行した上で、その体験について評価実習報告書を作成して機構に提出してください。
なお、機構では、実習先の調整はいたしません。また、自らの評価機関以外で評価実習を行った場合は、評価実習同行証明書を併せて提出してください。
- ② 評価実習の実施期限は、養成講習の修了試験の合格通知日より2か月以内とします。
- ③ 評価実習報告書は、評価実習終了後、2週間以内に機構宛提出してください。

VII 新規認証申請法人の受講申込について

- (1) 養成講習の受講申込と併せて、別途、評価機関としての認証申請が必要です。
- (2) 福祉サービス第三者評価機関認証要綱第2条に規定する認証基準を満たすことが必要なため、推薦する受講申込者は、所属する予定の既評価者を含めて、必ず福祉分野と経営分野の資格を有する組み合わせにしてください。(同要綱第2条第9号)
- (3) 所属する予定の既評価者は、評価者養者養成講習受講者推薦書(様式1)の既評価者欄に氏名と評価者養成講習修了者番号を記入してください。
- (4) 受講資格審査会における資格審査の結果、法人としての申請要件を満たすことができなくなった場合は、推薦した受講申込者全員が受講できません。

受講資格要件別
養成講習申込提出資料一覧

別紙1

1 評価機関等に関する書類

	評価機関	新規法人
受講者推薦書【様式1】	●	●
評価機関評価実績等状況調査書【様式2】	●	

●・・・必須
▲・・・任意

2 受講申込者に関する書類

資格要件番号	1												2	3			4	5		
	1	2	3	4	5			6		7		8	1	2	3	1	1			
					①	②	③	①	②	①	②						①	②		
評価者養成講習申込書【様式A】	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
実務経験(資格取得)履歴【様式B】	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
受講申込レポート【様式C】	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
実績表【様式a】					●	●	●	●	●											
実績表【様式b】										●	●									
実績表【様式c】												●								
実績表【様式d】													●							
実績表【様式e】														●	●					
登記簿謄本 ※1													●							
法人規模(常勤職員数)の確認できる資料													●							
成果物 (業務内容を確認できる成果物)						●	●													
成果物 (実績表に対応した成果物) ※2								●	●	▲	▲			●	●	●				
所属する事務所・調査会社・団体等の概要が分かる資料										●	●	●		●	●	●				
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 ※3																		●		
研究論文等 ※4																		●		
推薦理由書 ※5																			●	●
その他補足資料等	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲

同等と判断した資格要件に準じて添付すること

- ※1 3年以上の期間役員であったことを証明できる登記簿謄本を添付すること。
- ※2 成果物については、実績表に記載した内容に対応した成果物を添付すること。(記載したすべてについて添付を求めるものではありません。)
- ※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については、時間割や講義実施日が明記されているシラバスでも可とする。
- ※4 実務経験(資格取得)履歴【様式B】に記載した実務経験期間に発表した研究論文及び研究論文一覧とする。
- ※5 推薦理由書の様式については任意とするが、同等と判断した分類・受講資格要件番号及び判断した理由等を記載し、評価機関代表者名を記し、代表者印を押印すること。

評価者養成講習受講資格要件

分類1 福祉・医療・保健業務を3年以上経験している者

◎内容にある「福祉サービス現場」については、別紙3「社会福祉法(抄)」及び別紙4「介護保険法に規定される福祉サービス」を参照のこと

資格要件	内 容
1-1	福祉サービス現場で資格【注1】を有しその業務に専従している常勤職員 福祉サービス現場で資格【注1】を有しその業務に従事している非常勤職員 なお、非常勤職員の場合は通算して常勤3年間(実日数540日以上)【注2】に匹敵する程度の業務経験がある者
1-2	福祉サービス現場の長(施設長、管理者等)として従事している常勤職員
1-3	医療・保健業務現場(保健所、病院等)で資格【注3】を有しその業務に従事する常勤職員(管理部門業務を除く)
1-4	福祉関係法令に定める相談業務に従事している常勤職員
1-5	福祉分野の行政や社会福祉協議会、非営利団体の常勤職員で、福祉サービス現場の経験(相談業務含む)はないが、福祉事業担当・福祉施策担当業務等を通じて、福祉サービス現場の訪問先が30か所以上あり、現場を熟知している者【注4】
	① 行政機関で福祉施設の指導検査業務を3年
	② 苦情対応や福祉情報誌の発行等広報・公聴業務を3年
1-6	民間企業や非営利団体の常勤職員等で、福祉サービス現場の経験(相談業務含む)はないが、福祉関連事業の担当業務を通じて福祉サービス現場の訪問先が30か所以上あり、現場を熟知している者【注4】
	① 市町村介護保険計画策定、地域福祉計画策定等の業務を3年
1-7	通算して常勤3年間(実日数540日以上)に匹敵する程度の業務量で、かつ、5年以上安定的・継続的に活動を行っている団体に所属して、福祉サービスに関わる相談、情報提供、第三者苦情解決制度、権利擁護、ボランティア・コーディネーターなど、複数の福祉サービス事業者を比較して考えるような活動に従事している者【注5】
	① 民間相談機関の福祉サービスに関わる相談員のボランティアを週1回、10年間など
	② 「身体障害者施設の第三者委員」を月2回、5年間など
1-8	東京都以外の福祉サービス第三者評価事業の評価者として3年以上の経験を有し、かつ、評価件数【注6】が30件以上【注7】あり、福祉サービス現場を熟知している者

【注1】評価者養成講習応募要件1-1に関する資格の範囲

1 医師	7 理学療法士	13 精神保健福祉士
2 歯科医師	8 作業療法士	14 保育士
3 薬剤師	9 社会福祉士	15 介護支援専門員
4 保健師	10 介護福祉士	16 訪問介護員 [※]
5 看護師	11 言語聴覚士	
6 准看護師	12 栄養士(管理栄養士を含む)	

※訪問介護員とは、介護職員初任者研修を修了した者とみなされる下記の者を指す。
 ・介護職員基礎研修課程修了
 ・訪問介護員養成研修1級課程修了者
 ・訪問介護員養成研修2級課程修了者
 ・家庭奉仕員等講習会修了者(昭和58年～昭和63年に実施していたもの)
 ・居宅介護従業者養成研修1級課程修了者

【注2】ここでいう「通算して常勤3年間(実日数540日以上)」とは、3年間の中で勤務実日数が540日以上あることを意味する

【注3】医師・保健師・看護師・准看護師・社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員

【注4】施設整備事業業務を通じたサービス提供前の土地や施設の訪問経験は含まない

【注5】単に経験年数や時間だけを要件にするのではなく、評価につながる経験であり、これに付随する情報収集、相談、研修活動等で、実質的に540日以上の経験があること

【注6】評価件数とは、21財情報第1034号通知 3(3)に規定する「利用者調査の実施から報告書の作成まで、一貫して行うこと」と同程度のものとする

【注7】福祉サービス第三者評価事業の評価件数が30件に満たない場合、介護保険法の地域密着型サービス外部評価事業(以下、「外部評価」という)の調査者経験が3年以上ある場合に限り外部評価の評価件数を加えることができる

分類2 組織運営管理等業務を3年以上経験している者

資格要件	内 容
2-1	常勤職員が20人以上【注8】の法人組織において、法人の運営方針の決定に関与する役員(登記上の役員で常勤の者)として従事している者

【注8】社員19名の会社の社長(アルバイトなどにより、20名になることもある)は不可とする

分類3 調査関係機関等で調査業務や経営相談を3年以上経験している者

資格要件	内 容
3-1	顧客の経営相談業務を主たる業務とする事務所に所属(3年以上)し、通算して540日以上、顧客の経営相談業務を担当している者【注9】
3-2	調査会社の社員(3年以上)として、調査項目の作成、調査の実施、集計・分析、顧客へのフィードバック又は公表等までの一連の調査業務に通算して540日以上携わり、調査や分析の手法に熟知している者(ただし、下記【注10】の業務は除く)
3-3	特定非営利活動法人や任意団体の職員(3年以上)として、調査項目の作成、調査の実施、集計・分析、顧客へのフィードバック又は公表等の実施までの一連の調査の流れに携わり、調査や分析の手法に熟知している者で、かつ、通算して常勤3年間(実日数540日以上)に匹敵する程度の業務経験のある者(ただし、下記【注10】の業務は除く)

【注9】「経営相談業務を担当している者」とは、ある一定期間継続して、企業や団体等の組織運営や経営に関わる幅広い相談を行ってきた者とし、以下の者は含まないものとする

- ・社会保険労務士・行政書士・公認会計士・税理士等の資格を有しその業務のみに専従している者
- ・会計・財務の例月処理等の支援やISO認証取得の際の相談など、限定された分野だけでの相談業務に従事している者

【注10】①土地家屋調査、土地鑑定、地質・水質調査、測量、資産調査、探偵事務所での調査、興信所での調査
 ②自社製品開発のための調査(市場調査等)
 ③一連の調査に部分的に関与していない業務内容のある調査
 例)調査項目の作成や調査実施に携わっているが、集計・分析作業や顧客へのフィードバック資料作成までの業務には携わっていない調査
 ・調査項目の作成や調査実施に携わっているが、集計・分析作業や結果報告冊子作成までの業務には携わっていない調査

分類4 福祉・医療・保健・経営分野の学識経験者で当該業務を3年以上経験している者

資格要件	内 容
4-1	大学・短大・専門学校の常勤教員、非常勤講師、大学助手として週1回以上講義を担当し、かつ福祉・医療・保健・経営分野の教育と研究に専念している者【注11】

【注11】教育、研究以外に本職を持っている者は、分類4では不可とする

分類5 その他、上記と同等の能力を有していると機構が認める者

資格要件	内 容
5-1	要件1～4と同等の経験を有しているとみなされる者
	① 経験年数が3年に足りず、補足として、当該要件につながる他の要件が数年以上あり、2つの経験のつながりから能力の積み上げが推定できる例については、経験年数を合算し、3年以上と認められる場合がある(福祉分野の経験と経営分野の経験の通算は不可。)【注12】
	② その他要件1～4と同等の経験を有しているとみなされる者

【注12】例) 福祉分野の学識経験が2年、福祉現場での指導員経験が2年ある者は可とする
 福祉施設での指導員経験が2年10か月、経営相談業務の経験が2年ある者は不可とする

社会福祉法(抄)

(定義)

第二条 この法律において「社会福祉事業」とは、第一種社会福祉事業及び第二種社会福祉事業をいう。

2 次に掲げる事業を第一種社会福祉事業とする。

一 生活保護法（昭和二十五年法律第百四十四号）に規定する救護施設、更生施設その他生計困難者を無料又は低額な料金で入所させて生活の扶助を行うことを目的とする施設を経営する事業及び生計困難者に対して助葬を行う事業

二 児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）に規定する乳児院、母子生活支援施設、児童養護施設、障害児入所施設、情緒障害児短期治療施設又は児童自立支援施設を経営する事業

三 老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）に規定する養護老人ホーム、特別養護老人ホーム又は軽費老人ホームを経営する事業

四 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号）に規定する障害者支援施設を経営する事業

五 削除

六 売春防止法（昭和三十一年法律第百十八号）に規定する婦人保護施設を経営する事業

七 授産施設を経営する事業及び生計困難者に対して無利子又は低利で資金を融通する事業

3 次に掲げる事業を第二種社会福祉事業とする。

一 生計困難者に対して、その住居で衣食その他日常の生活必需品若しくはこれに要する金銭を与え、又は生活に関する相談に応ずる事業

二 児童福祉法 に規定する障害児通所支援事業、障害児相談支援事業、児童自立生活援助事業、放課後児童健全育成事業、子育て短期支援事業、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業、地域子育て支援拠点事業、一時預かり事業又は小規模住居型児童養育事業、同法 に規定する助産施設、保育所、児童厚生施設又は児童家庭支援センターを経営する事業及び児童の福祉の増進について相談に応ずる事業

三 母子及び父子並びに寡婦福祉法（昭和三十九年法律第百二十九号）に規定する母子家庭日常生活支援事業、父子家庭日常生活支援事業又は寡婦日常生活支援事業及び同法 に規定する母子・父子福祉施設を経営する事業

四 老人福祉法 に規定する老人居宅介護等事業、老人デイサービス事業、老人短期入所事業、小規模多機能型居宅介護事業、認知症対応型老人共同生活援助事業又は複合型サービス福祉事業及び同法 に規定する老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、老人福祉センター又は老人介護支援センターを経営する事業

四の二 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 に規定する障害福祉サービス事業、一般相談支援事業、特定相談支援事業又は移動支援事業及び同法 に規定する地域活動支援センター又は福祉ホームを経営する事業

五 身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）に規定する身体障害者生活訓練等事業、手話通訳事業又は介助犬訓練事業若しくは聴導犬訓練事業、同法 に規定する身体障害者福祉センター、補装具製作施設、盲導犬訓練施設又は視聴覚障害者情報提供施設を経営する事業及び身体障害者の更生相談に応ずる事業

六 知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号）に規定する知的障害者の更生相談に応ずる事業

七 削除

八 生計困難者のために、無料又は低額な料金で、簡易住宅を貸し付け、又は宿泊所その他の施設を利用させる事業

九 生計困難者のために、無料又は低額な料金で診療を行う事業

十 生計困難者に対して、無料又は低額な費用で介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）に規定する介護老人保健施設を利用させる事業

十一 隣保事業（隣保館等の施設を設け、無料又は低額な料金でこれを利用させることその他その近隣地域における住民の生活の改善及び向上を図るための各種の事業を行うものをいう。）

十二 福祉サービス利用援助事業（精神上の理由により日常生活を営むのに支障がある者に対して、無料又は低額な料金で、福祉サービス（前項各号及び前各号の事業において提供されるものに限る。以下この号において同じ。）の利用に関し相談に応じ、及び助言を行い、並びに福祉サービスの提供を受けるために必要な手続又は福祉サービスの利用に要する費用の支払に関する便宜を供与することその他の福祉サービスの適切な利用のための一連の援助を一体的に行う事業をいう。）

十三 前項各号及び前各号の事業に関する連絡又は助成を行う事業

4 この法律における「社会福祉事業」には、次に掲げる事業は、含まれないものとする。

一 更生保護事業法（平成七年法律第八十六号）に規定する更生保護事業（以下「更生保護事業」という。）

二 実施期間が六月（前項第十三号に掲げる事業にあつては、三月）を超えない事業

三 社団又は組合の行う事業であつて、社員又は組合員のためにするもの

四 第二項各号及び前項第一号から第九号までに掲げる事業であつて、常時保護を受ける者が、入所させて保護を行うものにあつては五人、その他のものにあつては二十人（政令で定めるものにあつては、十人）に満たないもの

五 前項第十三号に掲げる事業のうち、社会福祉事業の助成を行うものであつて、助成の金額が毎年度五百万円に満たないもの又は助成を受ける社会福祉事業の数が毎年度五十に満たないもの

介護保険法に規定される福祉サービス

指定・監督	区分	介護サービス	予防サービス
都道府県	在宅サービス	訪問介護	介護予防訪問介護
		訪問入浴介護	介護予防訪問入浴介護
		訪問看護	介護予防訪問看護
		訪問リハビリテーション	介護予防訪問リハビリテーション
		居宅療養管理指導	介護予防居宅療養管理指導
		通所介護	介護予防通所介護
		通所リハビリテーション	介護予防通所リハビリテーション
		短期入所生活介護	介護予防短期入所生活介護
		短期入所療養介護	介護予防短期入所療養介護
		特定施設入居者生活介護	介護予防特定施設入居者生活介護
		福祉用具貸与	介護予防福祉用具貸与
		特定福祉用具販売	特定介護予防福祉用具販売
		居宅介護支援	
	施設サービス	介護老人福祉施設	
		介護老人保健施設	
区市町村	地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
		夜間対応型訪問介護	
		認知症対応型通所介護	介護予防認知症対応型通所介護
		小規模多機能型居宅介護	介護予防小規模多機能型居宅介護
		認知症対応型共同生活介護	介護予防認知症対応型共同生活介護
		地域密着型特定施設入居者生活介護	
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
		複合型サービス	

評価者養成講習受講申込 様式記入例

- ・ 受講申込提出書類 チェック表 記入例 P15
- ・ 受講者推薦書【様式1】 記入例 P16
- ・ 評価機関評価実績等状況調書【様式2】 記入例 P17
- ・ 受講申込者 提出書類一覧表【様式3】 記入例 P18
- ・ 評価者養成講習申込書(個票)【様式A】 記入例 P19
- ・ 実務経験(資格取得)証明書【様式B】 記入例 P20
- ・ 受講申込レポート【様式C】 記入例 P21

※ 申込書類は、全てパソコンで作成してください。申込様式は、「とうきょう福祉ナビゲーション」でダウンロードしてください。

記載例

受講申込提出書類 チェック表

評価機関名 ●●●●株式会社

機構番号 01 - 234

提出書類	必要書類	チェック
評価者養成講習 受講者推薦書【様式1】	○	○
評価機関 評価実績等状況調書【様式2】	○	○

○…要提出
△…任意提出
□…同等と判断した
資格要件に準じて提出

受講申込者数 4 名

受講希望者氏名	評価 一郎		機構 花子		東京 次郎		機関 福子	
	1-2		2-1		3-1		1-5-②	
受講希望者資格要件	必要書類	チェック	必要書類	チェック	必要書類	チェック	必要書類	チェック
評価者養成講習申込書(個票)【様式A】	○	○	○	○	○	○	○	○
実務経験(資格取得)履歴 【様式B】	○	○	○	○	○	○	○	○
受講申込レポート 【様式C】	○	○	○	○	○	○	○	○
実績表【様式a】	-	-	-	-	-	-	○	○
実績表【様式b】	-	-	-	-	-	-	-	-
実績表【様式c】	-	-	-	-	-	-	-	-
実績表【様式d】	-	-	-	-	○	○	-	-
実績表【様式e】	-	-	-	-	-	-	-	-
登記簿謄本	-	-	○	○	-	-	-	-
法人規模の確認できる資料	-	-	○	○	-	-	-	-
業務内容が確認できる成果物	-	-	-	-	-	-	○	○
実績表記載事項に関する成果物	-	-	-	-	○	○	-	-
所属する事務所・調査会社・団体等の概要が分かる資料	-	-	-	-	○	○	-	-
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	-	-	-	-	-	-	-	-
研究論文等	-	-	-	-	-	-	-	-
推薦理由書	-	-	-	-	-	-	-	-
その他補足資料	△	-	△	-	△	-	△	-
※提出する成果物について下記の別表に記載すること								

プルダウンメニューから受講資格要件を選択してください。

※提出成果物等一覧

氏名	提出成果物	返却の要否	返却日
1 東京 次郎	×△社に関する経営診断報告書	要・不要	
2 機関 福子	福祉情報誌「ふくし」見本誌	要・不要	
3		要・不要	
4		不要	
5			
6			
7			
8		要・不要	

成果物の返却の要否は必ず記入してください。
返却が必要な書類については、受講決定後、
機構より評価機関宛ご返却します。

平成27年度 東京都福祉サービス評価推進機構
評価者養成講習 受講者推薦書評価機関の種別：
(どちらか○で囲む) 新規申請 ・ 認証評価機関 (機構 01-234)

評価機関名： ●●●●株式会社

代表者： 評価 太郎

代表
者印所在地： 〒163-0000
新宿区西新宿☆☆-××

電話： 03-00△-☆☆☆☆

養成講習担当者： 事務局 三郎
電話： 03-00△-☆☆☆☆
Eメール： aaaa@bbb.jp

当評価機関に所属予定である下記の者は、別紙「実務経験(資格取得)履歴【様式B】」の
とおり、貴機構で定める資格要件を満たしていることを確認しました。

よって、貴機構の評価者養成講習の受講者として推薦します。

平成 27 年 4 月 1 日

推薦順位	氏名	分野 (福祉・経営)	受講資格 要件番号	備考
1	評価 一郎	福祉	1-2	
2	機構 花子	経営	2-1	
3	東京 次郎	経営	3-1	
4	機関 福子	福祉	1-5②	
既評価者		評価者番号		
既評価者		評価者番号		

既登録者の記載は新規
認証申請法人のみです。

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)

備考欄

* 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

様式2

評価機関評価実績等状況調書

機構番号: _____ 評価機関名: ●●●●株式会社

1 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。)

	24年度	25年度	26年度	27年度 (予定)
件数	15	20	25	30

各セルに数値を入力してください。

2 貴評価機関に在籍(平成27年4月1日現在)する評価者について、平成26年度の評価実績別人数を記入してください。

評価者数(人)		0件	1件	2件	3件	4件	5件以上	休止等
主たる評価者	10	1	3	1	1	1	2	1
従たる評価者	10	2	3	1		1	3	

数式が入っているので、入力不要です。

3 貴評価機関に在籍(平成27年4月1日現在)する評価者について、修了年度別、現在の年代別の人数を記入してください。また、併せて...

年代		養成講習 修了年度		H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H09	H10	H11	H12	H13	H14	合計
主たる 評価者	30代以下 (うちリーダー)												1				1
	40代 (うちリーダー)							1				1			1		3 (1)
	50代 (うちリーダー)					1				1		1					3 (1)
	60代 (うちリーダー)				1				1								2 (1)
	70代以上 (うちリーダー)			1													1
	計			1	1	1		2	1		2	1		1			10
	(うちリーダー)					(1)		(1)			(1)						(3)

数式が入っているので、入力不要です。

4 推薦する受講申込者について、推薦人数とその理由、また、期待する評価件数(養成講習修了後3年以内)と、その理由について記入してください

現在の所属評価者の状況や、今後の展望等を踏まえ、推薦する受講希望者数の考え方を記載。また、推薦する受講申込者に、評価者として何件程度評価をしてもらいたいのか、件数とその理由を記載。

5 主たる評価者に対して実施している貴評価機関独自の研修について、予定及び実施している内容を記入してください。

現在、評価機関で行っている評価機関独自の研修について、実施規模や実施内容を具体的に記載。

記載例

○受講申込者 提出書類一覧表

様式3

評価機関名 **●●●●株式会社**

申込者氏名 **機構 花子**

受講資格要件 **2-1**

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。

○…要提出
○…任意提出
○…資格要件に準じて提出
提出する書類に
○を入力してください。

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(個票)【様式A】	必須	○	○
実務経験(資格取得)履歴【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 ※	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	1-7-①・②、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		△	

※提出する成果物については「受講申込提出書類 チェック表」に記載すること

評価者養成講習 申込書(個票)

フリガナ	ヒョウカ		イチロウ		※整理番号	
氏名	評価		一郎			
生年月日	西暦	1	9	6	7	年
		0	4	月	0	8
		性別		年齢		
		男		女		歳
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
		府	県		町	村
		〒	1	0	0	0
		(電話)		(03)	0000	- 0000
勤務先の有無 (○で囲む)	有		無		※有の場合は勤務先名、勤務先所在地を記入 ※無の場合は勤務先名、勤務先所在地は記入不要	
フリガナ	カブシキカイシャ ●● ☆★サカイゴセンター					
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 カグラカシ					
勤務先所在地	東京	都	道	新宿	区	市
		府	県		町	村
		〒	1	6	2	0
		(電話)		(03)	▲▲▲▲	- ▲▲▲▲
推薦評価関名 (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	

勤務先が無い場合は、「無」を○で囲んで下さい。

希望コースは3つとも記入して下さい。

別紙「実務経験(資格取得)履歴【様式B】」のとおり、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 27 年 4 月 1 日

申込者氏名(自署): 評価 一郎



自署で氏名を記入して下さい。

【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。

※これらの個人情報については、評価者養成講習以外は使用しません。

記載例

自動計算されます。
絶対に入力しないでください。

実務経験(資格取得)履歴

上段に法人名、事業所名、
下段に法律に基づくサービス名を記載してください。

非常勤及び受講資格要件番号1-7-①・②、3-1,2,3
に該当する場合のみ勤務実績を記入する。

推薦評価機関名		●●●●株式会社			受講申込者氏名		評価 一郎							
実務経験期間		月数	分類	資格要件番号	実績表有・無	勤務先	勤務先	勤務先	勤務先	勤務先	勤務先	勤務先	勤務先	
※2015年5月末日までの実務経験見込について記入する ※新しい順に西暦で記入する ※(例)2015年4月と入力する場合:2015/04と入力する。「年」「月」は自動変換。		※記入不要(自動計算)			(○で囲む)	※法人名及び事業所名を記入する (サービス名称) ※法律に基づくサービス名称を記入する	※法律に基づくサービス名称を記入する	※法律に基づくサービス名称を記入する	※法律に基づくサービス名称を記入する	※法律に基づくサービス名称を記入する	※法律に基づくサービス名称を記入する	※法律に基づくサービス名称を記入する	※法律に基づくサービス名称を記入する	※法律に基づくサービス名称を記入する
1	西暦 年月 ~ 西暦 年月 2012年4月 ~ 2015年5月	39 か月	1	1-2	有・無	株式会社●● ☆★の家 認知症対応型共同生活介護	施設長	施設長として、施設運営に関する管理・監督全般を行っている。	常勤 非常勤 その他	日	週			
2	2009年4月 ~ 2010年3月	11 か月	1	1-1	有・無	株式会社×× ▲▲ヘルパーステーション 訪問介護	介護職	訪問介護員として、身体介護業務。	常勤 非常勤 その他	2日	48週	96日		
3	~				有・無				常勤 非常勤 その他	日	週			
4	~				有・無				常勤 非常勤 その他	日	週			

実務経験は新しい順に、西暦で入力して下さい。
セルには、「2012/04」及び「2015/05」と入力して下さい。

現在就業中の方は、2015年5月末日までの実務経験見込について記入して下さい。

別紙2「評価者養成講習受講資格要件」を見て資格要件番号を記入して下さい。

【分類「A」は分類0に該当する資格】

取得資格の名称	取得年月日(西暦)
1 医師	年 月 日
2 歯科医師	年 月 日
3 薬剤師	年 月 日
4 保健師	年 月 日
5 看護師	年 月 日
6 准看護師	年 月 日
7 理学療法士	年 月 日
8 作業療法士	年 月 日
9 社会福祉士	年 月 日

取得資格の名称	取得年月日(西暦)
10 介護福祉士	2007 年 10 月 15 日
11 言語聴覚士	年 月 日
12 栄養士	年 月 日
13 精神保健福祉士	年 月 日
14 保育士	年 月 日
15 介護支援専門員	年 月 日
16 訪問介護員()級	年 月 日
17 その他()	年 月 日

【記入上の留意事項】

- ※1 実務経験期間は、2015年5月末日までの実務経験見込について記入して下さい。
- ※2 勤務先上段には法人名及び事業所名、下段には法律に基づくサービス名称を記入して下さい。また、保育所については、認可・認証の別を明記して下さい。

※機構使用欄

【評価に関するその他の資格】

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

様式B

※別紙「受講申込レポート【様式C】作成上の留意点」を必ずお読みの上、レポートを作成して下さい。

推薦評価機関名	
氏名	

(1)東京都の福祉サービス第三者評価制度について、必ず東京都福祉サービス第三者評価ガイドブックやホームページ等で情報収集をしたうえで作成してください。(300文字以上400文字以内)

字数が不足のときは、下段のように表示されるので、適正な字数に変更して下さい。

文字数は自動計算で表示されるので、
字数制限内か確認して下さい。

※字数が不足しています。修正してください。 (1) 65 文字

(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)

字数が多すぎるときは、下段のように表示されるので、適正な字数に変更して下さい。

文字数は自動計算で表示されるので、
字数制限内か確認して下さい。

※字数が制限を超えています。修正してください。 (2) 430 文字

(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)

字数が適正な時は、字数のみ表示されます。

文字数は自動計算で表示されるので、
字数制限内か確認して下さい。

(3) 350 文字

記入方法

受講申込レポート

様式C

※別紙「受講申込レポート【様式C】作成上の留意点」を必ずお読みの上、レポートを作成して下さい。

推薦評価機関名	
氏名	

(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)

文字数は自動計算で表示されるので、
字数制限内か確認して下さい。

(4) 0 文字

(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)

評価者養成講習受講申込 様式

- ・ 受講申込提出書類 チェック表 P25
- ・ 受講者推薦書【様式1】 P26
- ・ 評価機関評価実績等状況調書【様式2】 P27
- ・ 受講申込者 提出書類一覧表【様式3】 P28
- ・ 評価者養成講習申込書 個票【様式A】 P29
- ・ 実務経験(資格取得)履歴【様式B】 P30
- ・ 受講申込レポート【様式C】 P31
- ・ 実績表【様式a】 P33
(資格番号 1-5-①・②・③、1-6-①・②用)
- ・ 実績表【様式b】 P36
(資格要件番号 1-7-①・②用)
- ・ 実績表【様式c】 P39
(資格要件番号 1-8 用)
- ・ 実績表【様式d】 P42
(資格要件番号 3-1 用)
- ・ 実績表【様式e】 P45
(資格要件番号 3-2、3-3 用)

※ 申込書類は、全てパソコンで作成してください。申込様式は、「とうきょう福祉ナビゲーション」でダウンロードしてください。

受講申込提出書類 チェック表

評価機関名 _____

機構番号 _____

提出書類	必要書類	チェック
評価者養成講習 受講者推薦書【様式1】	○	
評価機関 評価実績等状況調書【様式2】	○	

○・・・要提出
 △・・・任意提出
 □・・・同等と判断した
 受講申込者数 _____ 名
 資格要件に準じて提出

受講希望者氏名								
受講希望者資格要件								
	必要書類	チェック	必要書類	チェック	必要書類	チェック	必要書類	チェック
評価者養成講習申込書(個票)【様式A】	○		○		○		○	
実務経験(資格取得)履歴 【様式B】	○		○		○		○	
受講申込レポート 【様式C】	○		○		○		○	
実績表【様式a】	-		-		-		-	
実績表【様式b】	-		-		-		-	
実績表【様式c】	-		-		-		-	
実績表【様式d】	-		-		-		-	
実績表【様式e】	-		-		-		-	
登記簿謄本	-		-		-		-	
法人規模の確認できる資料	-		-		-		-	
業務内容が確認できる成果物	-		-		-		-	
実績表記載事項に関する成果物	-		-		-		-	
所属する事務所・調査会社・団体等の概要が分かる資料	-		-		-		-	
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	-		-		-		-	
研究論文等	-		-		-		-	
推薦理由書	-		-		-		-	
その他補足資料	△		△		△		△	
※提出する成果物について下記の別表に記載すること								

※提出成果物等一覧

氏名	提出成果物	返却の要否	返却日
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	

平成27年度 東京都福祉サービス評価推進機構
評価者養成講習 受講者推薦書評価機関の種別：
(どちらか○で囲む) 新規申請 ・ 認証評価機関 (機構 -)

評価機関名：

代表者： 代表者印

所在地： 〒

電話：

養成講習担当者： 電話：
Eメール：

当評価機関に所属予定である下記の者は、別紙「実務経験(資格取得)履歴【様式B】」のとおり、貴機構で定める資格要件を満たしていることを証明し、貴機構の評価者養成講習の受講者として推薦します。

平成 年 月 日

推薦順位	氏名	分野 (福祉・経営)	受講資格 要件番号	備考
1			—	
2			—	
3			—	
4			—	
既評価者		評価者番号		
既評価者		評価者番号		

備考欄

*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。

評価機関評価実績等状況調書

機構番号: _____ 評価機関名: _____

1 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。)

	24年度	25年度	26年度	27年度 (予定)
件数				

2 貴評価機関に在籍(平成27年4月1日現在)する評価者について、平成26年度の評価実績別人数を記入してください。

評価者数(人)		0件	1件	2件	3件	4件	5件以上	休止等
主たる評価者								
従たる評価者								

3 貴評価機関に在籍(平成27年4月1日現在)する主たる評価者について、修了年度別、現在の年代別の人数を記入してください。また、併せてリーダーの人数も記入してください。

年代		養成講習 修了年度		H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H09	H10	H11	H12	H13	H14	合計
主たる 評価者	30代以下																
	(うちリーダー)																
	40代																
	(うちリーダー)																
	50代																
	(うちリーダー)																
	60代																
	(うちリーダー)																
	70代以上																
	(うちリーダー)																
計																	
(うちリーダー)																	

4 推薦する受講申込者について、推薦人数とその理由、また、期待する評価件数(養成講習修了後3年以内で)とその理由について記入してください

5 主たる評価者に対して実施している貴評価機関独自の研修について、予定及び実施している内容を記入してください。

○受講申込者 提出書類一覧表

様式3

評価機関名 _____

申込者氏名 _____

受講資格要件 _____

- …要提出
- △…任意提出
- …同等と判断した
資格要件に準じて提出

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(個票)【様式A】	必須	○	
実務経験(資格取得)履歴【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 ※	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	1-7-①・②、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		△	

※提出する成果物については「受講申込提出書類 チェック表」に記載すること

評価者養成講習 申込書(個票)

フリガナ												※整理番号		
氏名														
生年月日	西 暦	1	9			年			月		日	性別	年齢	
												男	女	歳
フリガナ														
現住所	都 道			区 市			府 県			町 村				
	〒											(電話)	()	-
勤務先の有無 (○で囲む)	有 ・ 無 ※有の場合は勤務先名、勤務先所在地を記入 ※無の場合は勤務先名、勤務先所在地は記入不要													
フリガナ														
勤務先名														
フリガナ														
勤務先 所在地	都 道			区 市			府 県			町 村				
	〒											(電話)	()	-
推薦評価機関名 (法人名)														
希望	第1希望	第2希望	第3希望											
コース														

別紙「実務経験(資格取得)履歴【様式B】」のとおり、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 年 月 日

申込者氏名(自署):

印

【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。

※これらの個人情報については、評価者養成講習以外は使用しません。

実務経験(資格取得)履歴

非常勤及び受講資格要件番号1-7-①・②、3-1,2,3
に該当する場合のみ勤務実績を記入する。

推薦評価機関名		受講申込者氏名
---------	--	---------

実務経験期間 <small>※2015年5月末日までの実務経験見込について記入する ※新しい順に西暦で記入する ※(例)2015年4月と入力する場合: 2015/04と入力する。「年」 「月」は自動変換。</small>		月数 <small>※記入不要(自動計算)</small>	分類	資格要件番号	実績表 有・無 (○で囲む)	勤務先 <small>※法人名及び事業所名を記入する (サービス名称) ※法律に基づくサービス名称を記入する</small>		部署名	役職	職務内容(具体的に記述)	常勤 非常勤 その他 (○で囲む)	日数/週 (a)	実績 (b)	勤務実績 (a×b)
西暦 年 月	西暦 年 月					有・無	有・無							
1	～	か月		-	有・無						日	週		
2	～	か月		-	有・無						日	週		
3	～	か月		-	有・無						日	週		
4	～	か月		-	有・無						日	週		
5	～	か月		-	有・無						日	週		

【分類1-1又は分類3に該当する資格】

取得資格の名称	取得年月日(西暦)
1 医師	年 月 日
2 歯科医師	年 月 日
3 薬剤師	年 月 日
4 保健師	年 月 日
5 看護師	年 月 日
6 准看護師	年 月 日
7 理学療法士	年 月 日
8 作業療法士	年 月 日
9 社会福祉士	年 月 日

取得資格の名称	取得年月日(西暦)
10 介護福祉士	年 月 日
11 言語聴覚士	年 月 日
12 栄養士	年 月 日
13 精神保健福祉士	年 月 日
14 保育士	年 月 日
15 介護支援専門員	年 月 日
16 訪問介護員()級	年 月 日
17 その他 ()	年 月 日

【記入上の留意事項】

- ※1 実務経験期間は、2015年5月末日までの実務経験見込について記入してください。
- ※2 勤務先上段には法人名及び事業所名、下段には法律に基づくサービス名称を記入してください。また、保育所については、認可・認証の別を明記してください。

※機構使用欄

【評価に関するその他の資格】

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

様式B

受講申込レポート

様式C

※別紙「受講申込レポート【様式C】作成上の留意点」を必ずお読みの上、レポートを作成して下さい。

推薦評価機関名	
氏名	

(1)東京都の福祉サービス第三者評価制度について、必ず東京都福祉サービス第三者評価ガイドブックやホームページ等で情報収集をしたうえで作成してください。(300文字以上400文字以内)

(1) 0 文字

(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)

(2) 0 文字

(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)

(3) 0 文字

受講申込レポート

様式C

※別紙「受講申込レポート【様式C】作成上の留意点」を必ずお読みの上、レポートを作成して下さい。

推薦評価機関名	
氏名	

(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)

(4) 0 文字

(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)

実績表 (資格要件番号 1-5-①・②・③、1-6-①・②用)

氏名 : _____

様式 a

※訪問先等を30か所以上記入してください。

項番	サービス種別	訪問日(西暦)	訪問先名称	訪問先の担当者名	訪問内容
1		年 月 日			
2		年 月 日			
3		年 月 日			
4		年 月 日			
5		年 月 日			
6		年 月 日			
7		年 月 日			
8		年 月 日			
9		年 月 日			
10		年 月 日			
11		年 月 日			

実績表 (資格要件番号 1-5-①・②・③、1-6-①・②用)

氏名 : _____

様式 a

※訪問先等を30か所以上記入してください。

項番	サービス種別	訪問日(西暦)	訪問先名称	訪問先の担当者名	訪問内容
12		年 月 日			
13		年 月 日			
14		年 月 日			
15		年 月 日			
16		年 月 日			
17		年 月 日			
18		年 月 日			
19		年 月 日			
20		年 月 日			
21		年 月 日			
22		年 月 日			

実績表 (資格要件番号 1-5-①・②・③、1-6-①・②用)

氏名 : _____

様式 a

※訪問先等を30か所以上記入してください。

項番	サービス種別	訪問日(西暦)	訪問先名称	訪問先の担当者名	訪問内容
23		年 月 日			
24		年 月 日			
25		年 月 日			
26		年 月 日			
27		年 月 日			
28		年 月 日			
29		年 月 日			
30		年 月 日			
31		年 月 日			
32		年 月 日			
33		年 月 日			

※実績表の追加は以下に続けてください。

実績表 (資格要件番号 1-7-①・②用)

氏名 : _____

様式 b

※福祉サービスに関わる相談、情報提供、第三者苦情解決制度、権利擁護、ボランティア・コーディネーターなど、複数の福祉サービス事業者を比較して考えるような活動をしている期間が合計して540日以上であること。

項番	業務内容	従事期間(西暦)	実績(具体的に記入)
1		年 月 日～ 年 月 日	
2		年 月 日～ 年 月 日	
3		年 月 日～ 年 月 日	
4		年 月 日～ 年 月 日	

実績表 (資格要件番号 1-7-①・②用)

氏名 : _____

様式 b

※福祉サービスに関わる相談、情報提供、第三者苦情解決制度、権利擁護、ボランティア・コーディネーターなど、複数の福祉サービス事業者を比較して考えるような活動をしている期間が合計して540日以上であること。

項番	業務内容	従事期間(西暦)	実績(具体的に記入)
5		年 月 日～ 年 月 日	
6		年 月 日～ 年 月 日	
7		年 月 日～ 年 月 日	
8		年 月 日～ 年 月 日	

実績表 (資格要件番号 1-7-①・②用)

氏名 : _____

様式 b

※福祉サービスに関わる相談、情報提供、第三者苦情解決制度、権利擁護、ボランティア・コーディネーターなど、複数の福祉サービス事業者を比較して考えるような活動をしている期間が合計して540日以上であること。

項番	業務内容	従事期間(西暦)	実績(具体的に記入)
9		年 月 日～ 年 月 日	
10		年 月 日～ 年 月 日	
11		年 月 日～ 年 月 日	
12		年 月 日～ 年 月 日	

※活動内容実績はできるだけ多くの件数を提示してください。実績表の追加は以下に続けて作成してください。

実績表 (資格要件番号 1-8 用)

氏名 : _____

※30件以上記入してください。

様式C

項番	事業所名	サービス種別	評価機関	評価(調査)期間 ※西暦で記入してください	備考
例	〇〇デイサービスセンター	通所介護	株式会社△△△△ (□□県認証番号〇〇〇〇) (□□県認証評価機関)	2014/7/1~2014/11/30	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

実績表 (資格要件番号 1-8 用)

氏名 : _____

※30件以上記入してください。

様式C

項番	事業所名	サービス種別	評価機関	評価(調査)期間 ※西暦で記入してください	備 考
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

実績表 (資格要件番号 1-8 用)

氏名 : _____

※30件以上記入してください。

様式C

項番	事業所名	サービス種別	評価機関	評価(調査)期間 ※西暦で記入してください	備考
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					

実績表の追加は以下に続けて作成してください。

実績表 (資格要件番号 3-1 用)

氏名 : _____

様式d

※顧客の経営相談業務を担当している期間が合計して540日以上あること

項番	経営相談依頼先	相談目的	従事期間 ※西暦で記入してください	相談内容(具体的に記入)
1			年 月 日～ 年 月 日	
2			年 月 日～ 年 月 日	
3			年 月 日～ 年 月 日	

実績表 (資格要件番号 3-1 用)

氏名 : _____

様式d

※顧客の経営相談業務を担当している期間が合計して540日以上あること

項番	経営相談依頼先	相談目的	従事期間 ※西暦で記入してください	相談内容(具体的に記入)
4			年 月 日～ 年 月 日	
5			年 月 日～ 年 月 日	
6			年 月 日～ 年 月 日	

実績表 (資格要件番号 3-1 用)

氏名 : _____

様式d

※顧客の経営相談業務を担当している期間が合計して540日以上あること

項番	経営相談依頼先	相談目的	従事期間 ※西暦で記入してください	相談内容(具体的に記入)
7			年 月 日～ 年 月 日	
8			年 月 日～ 年 月 日	
9			年 月 日～ 年 月 日	

※相談内容はできるだけ多くの件数を提示してください。実績表の追加は以下に続けて作成してください。

実績表 (資格要件番号 3-2、3-3 用)

氏名 : _____

様式 e

※顧客の経営相談業務を担当している期間が合計して540日以上あること

項番	調査依頼先	調査目的	調査期間 ※西暦で記入してください	調査内容(具体的に記入)
1			年 月 日～ 年 月 日	
2			年 月 日～ 年 月 日	
3			年 月 日～ 年 月 日	

実績表 (資格要件番号 3-2、3-3 用)

氏名 : _____

様式 e

※顧客の経営相談業務を担当している期間が合計して540日以上あること

項番	調査依頼先	調査目的	調査期間 ※西暦で記入してください	調査内容(具体的に記入)
4			年 月 日～ 年 月 日	
5			年 月 日～ 年 月 日	
6			年 月 日～ 年 月 日	

実績表 (資格要件番号 3-2、3-3 用)

氏名 : _____

様式 e

※顧客の経営相談業務を担当している期間が合計して540日以上あること

項番	調査依頼先	調査目的	調査期間 ※西暦で記入してください	調査内容(具体的に記入)
7			年 月 日～ 年 月 日	
8			年 月 日～ 年 月 日	
9			年 月 日～ 年 月 日	

※調査内容はできるだけ多くの件数を提示してください。実績表の追加は以下に続けて作成してください。