

令和8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

➤ 日程

コース名	eラーニング	集合1日目	集合2日目	集合3日目	集合4日目
Aコース	8月17日(月) ～ 9月3日(木)	9月9日 (水)	9月16日(水)	9月30日(水)	10月7日(水)
Bコース			9月17日(木)	10月1日(木)	10月8日(木)
Cコース			9月18日(金)	10月2日(金)	10月9日(金)

※eラーニング実施分については、上記期間に講義動画を視聴いただきます。

※集合1日目は3コース合同で実施します。

➤ 募集定員 126名(各コース42名予定)

➤ 申込期間

令和8年4月2日(木)～4月10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。

※**個人での申込はできません。**

➤ 申込方法 郵送による申込のみ(FAXは不可です)

※個人情報の紛失を防ぐため、評価機関が配達を確認できる方法(簡易書留等)によりご郵送ください。

※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宛ご郵送ください。

I 養成講習の目的

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 養成講習の実施方法等

1 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 eラーニング(12 時間)+4日間(24 時間) 36時間

【eラーニング】

eラーニングにより、講義動画(12 時間)を期間内にすべて視聴し、アンケートに回答することが集合1日目を受講する条件です。

【集合】

- ① 集合1日目以降の講義・演習の時間は、原則午前9時30分から午後4時30分までです。
- ② 遅刻・早退・中抜け・欠席は、原則として認めません。
- ③ 各コースの最終日に修了試験を実施し、機構が定める基準に達した者を合格者としてします。

(2) 評価実習

評価機関が9月10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。

(3) 修了の要件

上記(1)及び(2)を満たした場合のみ、修了とみなし、修了証を交付します。

2 実施方法(予定)

(1) eラーニング

(2) 集合1日目 : ベルサール新宿セントラルパーク HALL

(3) 集合2日目～4日目 : 公益財団法人東京都福祉保健財団 19 階 多目的室

3 受講料

¥42,000-(予定)

正式な受講料及び振込方法については、受講決定通知と併せてお知らせします。

お振込みいただいた受講料は、いかなる理由にかかわらず返金いたしません。

III 受講資格要件・欠格事由

1 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条に規定する者(下記の【受講資格要件】を満たす者)を評価機関から推薦してください。

【受講資格要件】

次の分類の1から5のいずれかに該当し、別紙1「評価者養成講習受講資格要件」(P.7)のそれぞれの内容を満たしていること

(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) 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・経営分野の調査研究等業務を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

※受講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2「受講資格要件別評価者養成講習申込資料一覧」(P.9)をご確認ください。

※受講資格有無に関する電話のお問合せについては、回答いたしかねます。あらかじめご了承ください。

2 欠格事由

以下のいずれかに該当する者は、本研修を受講することができません。また、受講決定後に該当した場合は、その時点で受講不可となります。

- (1) 令和8年4月1日時点において、評価者名簿から抹消された日から3年を経過していない者(福祉サービス第三者評価 評価者名簿登載要領第8条に基づく)
- (2) 資格要件に関して虚偽の申告を行った者
- (3) 他の受講生または事務局に対して、著しく不適切な行動や言動を行った者

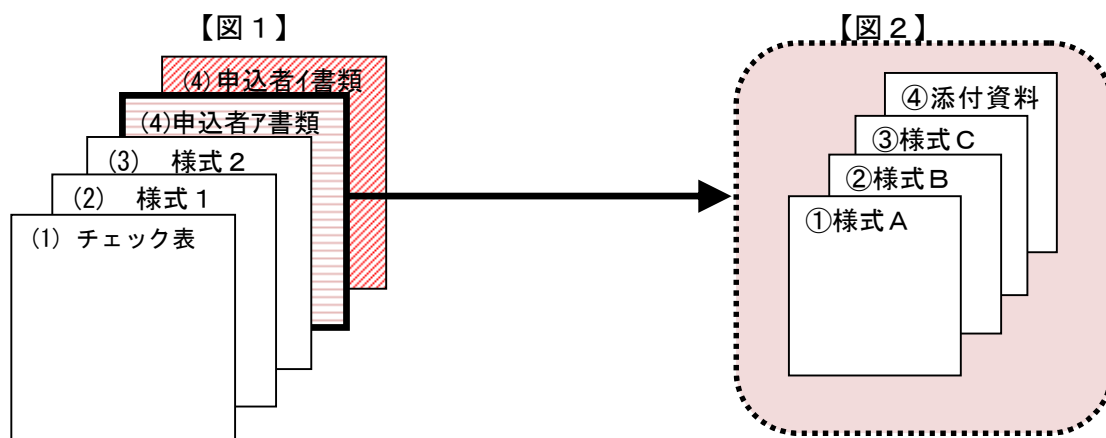
IV 申込書類

1 申込書類

- (1) 受講申込提出書類 チェック表 (評価機関ごと)
- (2) 評価者養成講習受講者推薦書 【様式1】(評価機関ごと)
- (3) 評価機関評価実績等状況調書 【様式2】(評価機関ごと)
- (4) 受講申込者に関する申込書等 (受講申込者1名につき1部ずつ)
 - ① 評価者養成講習申込書(個票) 【様式A】
 - ② 実務経験(資格取得)履歴 【様式B】
 - ③ 受講申込レポート 【様式C】
 - ④ 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、上記「1 申込書類」の(1)から(4)の順番で綴じてください。(図1参照)
- (2) 受講申込者に関する申込書等は、受講申込者ごとに、上記「1 申込書類 (4) 受講申込者に関する申込書等」①から④の順番で綴じて、クリップでまとめてください。(図2参照 ステープラ不可)



3 注意事項

- (1) 様式が定められている書類については、必ず当該年度の様式を用い、すべてパソコンで作成してください。(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、「②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、「④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、添付書類に受講申込者名、実績表に対応する項番が特定できるよう、付箋等で表示してください。
- (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てください。成果物の返却は原則いたしませんので、ご注意ください。
- (7) 申込書類の経歴等は、評価機関の責任のもと、正確に記載してください。
- (8) 成果物等、添付資料の提出が難しい場合は、審査において根拠不明瞭と判断されることがございますので、ご了承ください。

V 受講申込

認証評価機関による申込のみ受理いたします。

※ 個人での申込はできません。

※ なお、新規認証申請法人が申し込む場合は、「Ⅷ 新規認証申請法人の受講申込について」を確認の上お申し込みください。

1 申込及び問い合わせ先

〒163-0719 東京都新宿区西新宿二丁目7番1号 新宿第一生命ビルディング 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 評価者研修担当
電話: 03-3344-8515

2 申込書類の受領確認

申込書類を受領しましたら、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、機構よりメール連絡がない場合は、速やかに担当までお問い合わせください。

3 申込にあたっての留意事項

以下(1)～(3)についてご了承のうえお申し込みください。

- (1) eラーニングについては、受講期間内までに受講者が各自で視聴します。集合1日目は、3コース合同で開催し、集合2日目～4日目については、コースごとに分かれ、グループワークを中心に演習をおこないます。
- (2) 期日内にeラーニングを修了しなかった方は集合研修に参加することができません。
- (3) 集合研修では各日の受講条件として課題(宿題)を設定しておりますので、受付時に提出が確認できなかった場合には、以後の受講をお断りさせていただきますので、ご注意ください。

Ⅵ 個人情報の取扱いについて

申込書類一式に記載された個人情報は、公益財団法人東京都福祉保健財団の個人情報保護規程に基づき適正な管理を行い、東京都福祉サービス第三者評価 評価者養成講習管理業務、評価者管理業務及び研修管理業務並びに評価機関認証管理業務以外の目的に利用することはありません。

Ⅶ 受講決定

受講資格要件等については、申込書類により、養成講習受講資格審査会において受講資格を審査し、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、各評価機関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、令和8年7月21日(火)(予定)に評価機関あて通知します。

Ⅷ 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。
書類不備等により認証申請が受理できなくなった場合には、養成講習の受講申込についても、取り下げとなりますのでご注意ください。
- (2) 資格審査会の結果等により評価機関として認証を受ける見込みがなくなった場合においても、受講決定者については、養成講習を受講することができます。実習先の調整だけでなく、他機関への評価者名簿の登載等について法人として責任をもって管理を行ってください。

評価者として登録されるまでの流れ

＜資格審査＞

評価機関が提出した申込書類をもとに、養成講習受講資格審査会において受講資格要件審査します。



＜受講決定通知送付＞

受講資格審査会終了後、7月21日(火)(予定)評価機関に通知します。



＜eラーニング受講手続き＞

eラーニングシステム上にて①ユーザID発行、②コース申込、③コンビニでの受講料の支払を行っていただきます。(7月28日(火)～8月4日(火)予定)



＜講習資料送付＞

eラーニングへの申込及び入金を行った受講生宛てに講習資料を送付します。(8月6日(木)予定)



＜養成講習の受講＞

コース名	eラーニング	集合1日目	集合2日目	集合3日目	集合4日目
Aコース	8月17日(月) ～ 9月3日(木)	9月9日 (水)	9月16日(水)	9月30日(水)	10月7日(水)
Bコース			9月17日(木)	10月1日(木)	10月8日(木)
Cコース			9月18日(金)	10月2日(金)	10月9日(金)

※ 集合9日目に修了試験を実施し、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＞

10月19日(月)予定



＜評価実習実施＞

(「Ⅱ 養成講習の実施方法等 1 実施方法(2)評価実習」参照)

実習実施期間 : 9月10日(木)以降

実習報告書提出日: 10月13日(火)～12月3日(木)予定(当日消印有効)

新規認証申請法人の場合には、11月13日(金)までに提出してください。



＜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。

別紙1

評価者養成講習受講資格要件

内容にある「福祉サービス事業所」については、別紙3「東京都福祉サービス第三者評価対象サービス一覧」を参照のこと

分類1 福祉・医療・保健業務を3年以上経験している者

受講資格要件	内 容
1-1	資格【注1】取得以降、配置が必要な職種及びその業務に専従している常勤職員 資格【注1】取得以降、配置が必要な職種及びその業務に従事している非常勤職員【注2】
	福祉サービス事業所において実務経験がある者（施設長、管理者、園長等事業所の責任者含む）
	福祉サービスの利用にかかる相談支援事業所において、サービス等利用計画作成業務に従事している者
	設置主体が行政である相談機関【注3】において、相談支援業務経験がある者（民間事業者が運営を受託している場合も含む）
1-2	医療・保健業務現場（保健所、病院等）で資格【注1】を有し、処遇に関わる業務に従事している常勤職員（管理部門業務を除く）
1-3	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、福祉サービス事業所に関する指導検査、運営指導、及び企画・計画策定業務を通じて、福祉サービス事業所の訪問先が30か所以上あり、現場を熟知している者
1-4	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経験を有し、かつ、評価件数【注4】が30件以上【注5】あり、福祉サービス事業所を熟知している者

【注1】

1 医師	7 作業療法士	13 保育士
2 歯科医師	8 社会福祉士	14 介護支援専門員
3 薬剤師	9 介護福祉士	15 公認心理師
4 保健師	10 言語聴覚士	16 臨床心理士
5 看護師	11 管理栄養士	17 相談支援専門員
6 理学療法士	12 精神保健福祉士	

【注2】ここでいう「非常勤職員」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】福祉事務所や児童相談所、地域包括支援センター等

【注4】評価件数とは、31財情第1901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5】福祉サービス第三者評価事業の評価件数の他に、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

受講資格要件	内 容
2-1	従業員【注6】が20人以上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
2-2	従業員【注6】が20人以上の福祉サービス事業所の責任者（例 施設長、管理者、園長）として、従事者の管理や業務の実施状況の把握等、一元的な管理を行う業務に従事している常勤職員

【注6】「従業員」とは雇用保険適用の要件を満たすものとする。

分類3 経営相談を3年以上経験している者

受講資格要件	内 容
3-1	資格【注7】を有し、顧客の経営相談業務を主たる業務とする事務所に所属し、3年以上顧客の経営相談業務を行う者【注8】

【注7】公認会計士・税理士・弁護士・社会保険労務士・中小企業診断士

【注8】「経営相談業務を行う者」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する。（会計・財務の例月処理等の支援やISO認証取得の際の相談、補助金の申請支援など、限定された分野だけでの相談業務に従事している場合は不可）

評価者養成講習受講資格要件

内容にある「福祉サービス事業所」については、別紙3「東京都福祉サービス第三者評価対象サービス一覧」を参照のこと

分類4 福祉・医療・保健・経営分野の調査研究等業務を3年以上経験している者

受講資格要件	内 容
4-1	大学及び短大の教授・准教授・助教・講師[注9]として週1回以上講義を担当し、福祉・医療・保健・経営分野の教育と研究を行っている者
4-2	調査・研究機関(大学等の教育機関は除く)の社員や研究員として、福祉サービス事業所に関する調査、研究業務(集計・分析、フィードバック、公表といった一連の業務)の経験がある者(ただし、下記[注10]の業務は除く)

[注9] 専門学校における教員を含む

[注10] 自社製品開発や自社の業務改善のための調査や第三者評価等

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

受講資格要件	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

別紙 2

受講資格要件別 評価者養成講習申込資料一覧

資料名	1			2			3	4		5		
	1			2	3	4	1	2	1	2	1	
	①	②	③									
受講者推薦書 【様式1】	全ての要件必ず添付すること											
評価機関評価実績等状況調書 【様式 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】												
資格証(写し)	●	●	●	●		●			●			同等と判断した資格要件に準じて添付すること
実績表 【様式a】					●							
実績表 【様式b】						●						
実績表 【様式c】									●			
実績表 【様式d】※1										●		
実績表 【様式e】											●	
実務経験証明書 【様式f】※2					●			●			●	
登記簿謄本※3							●					
法人及び事業所規模（従業員数）が確認できる資料※4							●	●				
成果物(実績表に対応した成果物) ※5											●	
所属する団体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シラバス、カリキュラム※6										●		
推薦理由書※7											●	

（参考）分野別受講資格要件

分野	受講資格要件
福祉	分類1
	分類4 (福祉・医療・保健分野の調査研究者)
経営	分類2、3
	分類4 (経営分野の調査研究者)
※分類5の場合は、分類1～4のうち同等とみなす 受講資格要件番号に基づき、分野を判断してください。	

※1：福祉・医療・保健・経営分野についての学術論文として国際学術雑誌、学会機関紙、研究報告、紀要等に発表したものを記載してください。（学位論文は対象外）。

※2：実務経験（資格取得）履歴（様式B）記載の実務経験が複数法人にわたる場合は、法人ごとに当該証明書を作成してください。

※3：3年以上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。ただし、社会福祉法人等で登記簿謄本に役員として理事長のみが記載されている場合は、登記簿謄本と合わせて補足資料（現況報告書等）を提出してください。
なお、役員ではない者（部長、課長、事務長等）は対象外とします。

※4：雇用保険が適用となっている従業員数、もしくは常勤の従業員数が確認できる資料を3年分以上添付してください。

- ・雇用保険が適用となっている従業員数が分かる資料
雇用保険被保険者数お知らせはがき等（個人情報については黒塗りにすること）
- ・常勤の従業員数が分かる資料
現況報告書（社会福祉法人の場合）

※5：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してください。（記載したすべての実績について添付を求めるものではありません。）

※6：シラバス、カリキュラムは3年分以上添付してください。

※7：推薦理由書の様式については任意ですが、**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**具体的に記載**の上、**評価機関代表者名**を記し、**代表者印**を押印のうえ提出してください。

別紙 3 東京都福祉サービス第三者評価対象サービス一覧

サービス種別		
高 齢	1	訪問介護
	2	訪問入浴介護
	3	訪問看護
	4	特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム・ケアハウス）
	5	福祉用具貸与
	6	居宅介護支援
	7	通所介護【デイサービス】
	8	地域密着型通所介護
	9	認知症対応型通所介護
	10	短期入所生活介護【ショートステイ】
	11	指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】
	12	介護老人保健施設
	13	軽費老人ホーム（A型）
	14	軽費老人ホーム（B型）
	15	軽費老人ホーム（ケアハウス）
	16	都市型軽費老人ホーム
	17	養護老人ホーム
	18	小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）
	19	認知症対応型共同生活介護【認知症高齢者グループホーム】（介護予防含む）
	20	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	21	看護小規模多機能型居宅介護
障 害	22	居宅介護
	23	短期入所
	24	生活介護
	25	生活介護（主たる利用者が重症心身障害者）
	26	自立訓練（機能訓練）
	27	自立訓練（生活訓練）
	28	宿泊型自立訓練
	29	就労移行支援
	30	就労継続支援A型
	31	就労継続支援B型
	32	多機能型事業所
	33	障害者支援施設
	34	共同生活援助【グループホーム】
	35	児童発達支援センター（旧福祉型児童発達支援センター）
	36	児童発達支援センター（旧福祉型児童発達支援センター（主たる利用者が重症心身障害児または肢体不自由児））
	37	児童発達支援センター（旧医療型児童発達支援センター（主たる利用者が重症心身障害児または肢体不自由児））
	38	児童発達支援事業
	39	児童発達支援事業（主たる利用者が重症心身障害児または肢体不自由児）
	40	放課後等デイサービス
	41	放課後等デイサービス（主たる利用者が重症心身障害児または肢体不自由児）
	42	障害児多機能型事業所
	43	障害児多機能型事業所（主たる利用者が重症心身障害児または肢体不自由児）
	44	福祉型障害児入所施設（旧知的障害児施設）
	45	福祉型障害児入所施設（旧第二種自閉症児施設）
	46	福祉型障害児入所施設（旧ろうあ児施設）
	47	医療型障害児入所施設（旧肢体不自由児施設）
	48	医療型障害児入所施設（旧重症心身障害児施設）
子ども家庭	49	認可保育所
	50	認定こども園
	51	認証保育所A型・B型
	52	認可外保育施設（ベビーホテル等）
	53	学童クラブ
	54	母子生活支援施設

サービス種別		
子ども家庭	55	児童養護施設
	56	児童自立支援施設
	57	児童自立生活援助事業【自立援助ホーム】
	58	乳児院
女性支援 ・保護	59	女性自立支援施設
	60	救護施設
	61	更生施設
	62	宿所提供施設
	63	日常生活支援住居施設

注) 地域密着型サービスの評価対象は「地域密着型通所介護」「認知症対応型通所介護」「小規模多機能型居宅介護」「認知症対応型共同生活介護【認知症高齢者グループホーム】」「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」「看護小規模多機能型居宅介護」の6サービスとする。また、介護予防サービスは上記「小規模多機能型居宅介護」「認知症対応型共同生活介護【認知症高齢者グループホーム】」のみ含むものとし、他の介護予防サービスは評価対象外とする。

「多機能型事業所」とは、「生活介護」「自立訓練(機能訓練)」「自立訓練(生活訓練)」「宿泊型自立訓練」「就労移行支援」「就労継続支援A型」「就労継続支援B型」の7サービスのうち、複数サービスを実施している事業所を指す。

「障害者支援施設」とは、「多機能型事業所」で示した7サービスから「宿泊型自立訓練」を除いた6サービスのうちいずれかのサービスまたは複数のサービスに加え「施設入所支援」を実施している事業所を指す。

「障害児多機能型事業所」とは、「児童発達支援センター(旧福祉型児童発達支援センター)」「児童発達支援事業」「放課後等デイサービス」の3サービスのうち、複数サービスを実施している事業所を指す。

「障害児多機能型事業所(主たる利用者が重症心身障害児または肢体不自由児)」とは、「児童発達支援センター(旧福祉型児童発達支援センター(主たる利用者が重症心身障害児または肢体不自由児))」「児童発達支援センター(旧医療型児童発達支援センター(主たる利用者が重症心身障害児または肢体不自由児))」「児童発達支援事業(主たる利用者が重症心身障害児または肢体不自由児)」「放課後等デイサービス(主たる利用者が重症心身障害児または肢体不自由児)」の4サービスのうち、複数サービスを実施している事業所を指す。

評価者養成講習受講申込 様式記載例

・ 受講申込提出書類 チェック表	P13
・ 受講者推薦書【様式1】	P14
・ 評価機関評価実績等状況調書【様式2】	P15
・ 評価者養成講習申込書(個票)【様式A】	P16
・ 実務経験(資格取得)履歴【様式B】	P17
・ 【要件1 - 1補足】非常勤職員について	P20
・ 受講申込レポート【様式C】	P21
・ 実務経験証明書【様式f】	P22

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

記載例

令和8年度受講申込提出書類 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】		<input type="radio"/>
評価機関 評価実績等状況調査書【様式2】		<input type="radio"/>

チェック欄に○を入力してください

…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	
受講希望者資格要件	1-1-		2-1		3-1		4-2	
	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】		○		○		○		○
資格証(写し)	○	○	-		○	○	-	
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】	-		-		-		-	○
実務経験証明書【様式f】	-		-		-		-	○
登記簿謄本	-			○	-		-	
法人及び事業所規模(従業員数)が確認できる資料				○				○
成果物(実績表に対応した成果物)								○
所属する団体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シラバス、カリキュラム								
推薦理由書	-		-		-		-	
その他補足資料								

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。
受講資格要件に応じた必要書類に が付きます。

提出前に、資料を確認し、チェック欄に○を入力して下さい。
確認後、このチェック表を一番上にして、機構へ郵送して下さい。

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。
受講資格要件に応じた必要書類に が付きます。

提出前に、資料を確認し、チェック欄に○を入力して下さい。
確認後、このチェック表を一番上にして、機構へ郵送して下さい。

提出する成果物及びその他補足資料について下記の別表に記載すること

【提出成果物等一覧】(成果物の返却は原則いたしませんので、ご注意ください)

氏名	提出成果物	添付数
1機関 福子	○× に関する調査研究事業報告書	1部
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

成果物の返却は原則いたしませんので、原本の写しをご提出ください。

製本やホチキス留め等されていて散逸しないものを1つとカウントしてください。

記載例

必ず当該年度の様式を用いて作成してください。

様式1

令和8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: ① 認証評価機関 (機構 01-234) 2 新規申請
(番号を で囲む)

評価機関名: 株式会社

代表者: 評価 太郎

代表
者印

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。

令和8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
1	評価 一郎	福祉	1 - 1 -
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	4 - 2

【新規法人連絡先】

新規申請法人のみ記載。認証評価機関については、事

郵 送 先	〒 163-	電 話 : 03 - -
	新宿区西新宿 - x x	
養成講習担当者	亀田 三郎	Eメール : aaaa@bbb.jp

被推薦者の受講資格要件番号、分野(福祉・経営)を記載してください。

分類1 : 福祉

分類2、3 : 経営

分類4、5 : 福祉もしくは経営

分類4、5は申請内容によって分野が異なります

* 新規申請法人のみ記載してください。

既に認証を受けている評価機関については、事前に届け
出のある連絡先に連絡します。

規定に基づき適正な管理を行い、東京
都並びに評価機関認証管理業務以外

令和8年度評価者養成講習 評価機関評価実績等状況調書

機構番号: 01-234

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。)

	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
件数	15	20	25	30

令和8年度

各セルに数値を入力してください。
今年度は計画件数を入力

2 貴評価機関に在籍(令和8年4月1日現在)する評価者について、令和7年度の評価実績別人数を記入してください。

評価者数(人)	入力不要	1件	2件	3件	4件	5件以上	中止等
主たる評価者	10	1	2	1	1	3	1
従たる評価者	7	2	2	1	0	1	

3 貴評価機関に在籍(令和8年4月1日現在)する主たる評価者について、評価者番号別、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	評価者番号	H10まで	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	合計
主たる評価者	30代以下 (うちリーダー)											1						1 (0)
	40代 (うちリーダー)										1 (1)					1		2 (1)
	50代 (うちリーダー)					1 (1)			1		1							3 (1)
	60代 (うちリーダー)				1			1 (1)										2 (1)
	70代以上 (うちリーダー)		1	1														2 (0)
	計	0	1	1	1	1	0	1	1	0	2	1	0	0	0	1	0	10
	(うちリーダー)	(0)	(0)	(0)	(0)	(1)	(0)	(1)	(0)	(0)	(1)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(3)

数式が入っている
ため入力不要

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

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。

令和8年度評価者養成講習 申込書(個票)

推薦評価関名 (法人名)	株式会社													
フリガナ	ヒョウカ				イチロウ				整理番号 機構使用					
氏名	評価				一郎									
生年月日	西暦	1	9	6	7	年	0	4	月	0	8	日	性別 男・女	年齢 59 歳
フリガナ	トウキョウト チヨダク サカエチョウ													
現住所 (電話番号を含め、必ず記載)	東京		都府県		千代田		区市		栄町		1-10-100			
	〒	1	0	0	0	0	0	0	(電話)	(03)	0000 - 0000			
勤務先の有無 (で囲む)	有		無		研修資料等の送付先になりますので、電話番号も含め、必ず記載してください。									
フリガナ	カブシキカイシャ													
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		都府県		新宿		区市		神楽河岸		2-2			
	〒	1	6	2	0	8	2	3	(電話)	(03)	-			
希望コース (A・B・Cを記載) 必ず第3希望まで記載すること	第1希望		第2希望		第3希望		左記いずれの日程も可 該当する場合は○で囲むこと							
	C		B		A									
東京都での 評価者経験の有無 (で囲む)	有		無		過去に経験がある場合は、下段に当時の評価者番号を記入									
	H1234567													

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。

令和 8 年 4 月 1 日

申込者氏名(自署): 評価 一郎

自署(手書き)で氏名を記入のうえ、捺印してください。

評価 一郎

令和8年度評価者養成講習 実務経験（資格取得）履歴

記載例（要件1-1- ）

「 選択」と記載されている欄は、プルダウンより選択のうえ記載してください。

推薦評価機関名		受講申込者氏名		評価 一郎	
資格要件 番号 選択	1-1- 選択	分野 選択	福祉	実務経験期間	月数
1		新しい順に西暦で記入 年月日まで入力（例）2026/05/31		法人名	記入不要 (自動計算)
1		2025年4月1日 ~ 2026年5月31日		事業所名(部署名):上段 サービス名:下段	2
2		2022年5月1日 ~ 2025年3月31日		介護職 指定介護老人福祉施設	14
3				ケア 訪問介護	35
4				社会福祉法人	14
5				株式会社〇〇	35

様式1に記載の受講資格要件番号及び分野を転記してください。
本様式には様式1に記載の要件に当てはまる経歴のみ記載してください。
要件については別紙1「評価者養成講習受講資格要件」参照

常勤でない場合のみ勤務実績を

勤務実績 (a x b) = 192

職務内容 (具体的に記述)
介護職員として、身体介助・生活支援などの介護業務を行う。

勤務形態が常勤でない場合のみ記載してください。

資格要件1-1、2-2で申請する場合には、当該事業所が指定を受けているサービス名を記載してください。
なお、当該事業所が募集要項 別紙3「東京都福祉サービス第三者評価対象サービス一覧」(p10)に該当するサービスを提供している場合は、必ず別紙3に定めるサービス種別を記載してください。

自動計算されます。
入力しないでください。

・実務経験は新しい順に、西暦で入力して下さい。
・必ず日付まで入力してください。日付が不明で月までしか入力されない場合、当該月の1日として日数計算されてしまいますのでご注意ください。

様式B

【記入上の留意事項】

- 実務経験期間は、2026年5月末日までの実務経験見込を記入してください。
- 資格要件1-1、2-2で申請する場合には、当該事業所が指定を受けているサービス名を記載してください。
なお、当該事業所が募集要項 別紙3「東京都福祉サービス第三者評価対象サービス一覧」(p10)に該当するサービスを提供している場合は、必ず別紙3に定めるサービス種別を記載してください。
- その他の資格欄は、表に記載されていないが、評価に関連が深いと思われる資格を記入してください。

取得資格の名称	選択	取得年月日(西暦)
9 介護福祉士	2020	年 4 月 1 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

その他の資格名称	資格認定機関	取得年月日(西暦)
3		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

記載例（要件3-1）

「選択」と記載されている欄は、プルダウンより選択のうえ記載してください。

推薦評価機関名

株式会社

分野選択

3-1

経営

資格要件番号選択

受講申込者氏名

東京 次郎

実務経験期間

1
新しい順に西暦で記入
・年月日まで入力 (例) 2026/05/31

西暦 年 月 日

2022年6月1日 ~ 2026年5月31日

月数

記入不要
(自動計算)

48 か月

勤務先

法人名

事業所名(部署名):上段
サービス名:下段

部

職務・役職

主席コンサルタント

職務内容
(具体的に記述)

中小企業を対象にした、経営相談業務(経営課題の可視化、中期経営計画の策定支援等)

常勤
非常勤
その他
選択

常勤

日数/週
(a)

日

実績
(a x b)

週

常勤でない場合のみ勤務実績を
入力してください。

1

2

3

4

5

日

日

日

日

日

週

週

週

週

週

常勤でない場合のみ勤務実績を

【記入上の留意事項】

- 1 実務経験期間は、2026年5月末日までの実務経験見込を記入してください。
- 2 資格要件1 - 1、2 - 2で申請する場合には、当該事業所が指定を受けているサービス名を記載してください。
なお、当該事業所が募集要項 別紙3「東京都福祉サービス第三者評価対象サービス一覧」(p10)に該当するサービスを提供している場合は、必ず別紙3に定めるサービス種別を記載してください。
- 3 その他の資格欄は、表に記載されていないが、評価に関連が深いと思われる資格を記入してください。

様式B

取得資格の名称	取得年月日(西暦)			
中小企業診断士	2020	年	4	月 1
		年		月 日
		年		月 日
		年		月 日
		年		月 日

その他の資格名称	資格認定機関	取得年月日(西暦)			
3		年		月 日	
		年		月 日	

令和8年度評価者養成講習 実務経験(資格取得)履歴

よくある不備事例

推薦評価機関名		株式会社		受請申込者氏名			
資格要件 番号 選択	1-1-	分野 選択	福祉	月数	法人名	所長(部署名):上段 サービス名:下段	職種・役職
1	2025年4月1日	~	2026年5月31日	14 か月	社会福祉法人	こども園 認定こども園	園長
2	2021年7月1日	~	2025年3月31日	45 か月	株式会社〇〇	保育園/〇〇の森 認可保育園	保育士
3	2019年6月1日	~		#NUM! か月	区立	x x 保育園 保育施設	事務職
4							
5							

※ 複数の事業所、部署が記載されている経歴は事業所ごとに記載してください。

※ サービス名不備
要件1-1、2-2の場合
法律に基づきサービス名を記載してください。
保育所の場合は、認可、認証等保育施設の種類の種類を記載してください。

※ 終了日不記載
終了日不記載により経験期間が不明確の場合は、資格要件該当期間として合算出来ませんのでご注意ください。

※ 対象職種ではない
要件1-1、1-2、2-2の場合
法律上配置が必要となる職種のみ対象となります。

※ 勤務形態の記載なし
いずれかの勤務形態を選択し、常勤でない場合は右の欄も記載してください。

様式 B

【記入上の留意事項】

- 1 実務経験期間は、2026年5月末日までの実務経験見込を記入してください。
- 2 資格要件1 - 1、2 - 2で申請する場合には、当該事業所が指定を受けているサービス名を記載してください。
なお、当該事業所が募集要項 別紙3「東京都福祉サービス第三者評価対象サービス一覧」(p10)に該当するサービスを提供している場合は、必ず別紙3に定めるサービス種別を記載してください。
- 3 その他の資格欄は、表に記載されていないが、評価に関連が深いと思われる資格を記入してください。

取得資格の名称	取得年月日(西暦)
選択 13 保育士	2025 年 4 月 1 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

【補足】要件 1-1

○非常勤職員について

受講資格要件	内容
1-1	資格取得以降、配置が必要な職種及びその業務に従事している <u>非常勤職員</u> 【注 2】 【注 2】 ここでいう「非常勤職員」とは、3 年間の中で勤務実日数が 5 4 0 日以上あることを意味する



「3 年間の中で勤務実日数が 5 4 0 日以上ある」とは、

1 年間の実働日数が 180 日（1 週あたりの勤務日数が 3.5 日）×3 年 = 540 日以上あることを指す。

それぞれの経歴に対してこの勤務日数がない場合、要件の算入対象ではなくなる。

～「実日数 540 日以上」の算出方法～

（1）1 年間に必要な勤務日数を算出する。

〔計算式〕 $540 \text{ 日} \div 36 \text{ か月 (3 年)} = 15 \text{ 日 (1 月あたりに必要な実働日数)}$

$1 \text{ 月あたり } 15 \text{ 日勤務} \times 12 \text{ か月 (1 年)} = \underline{180 \text{ 日 (1 年間に必要な実働日数)}}$

（2）1 年間の週数を算出する。（5 週ある月を含む）

〔計算式〕 $365 \text{ 日 (1 年)} \div 7 \text{ 日 (1 週間)} = 52.1... \quad \underline{52 \text{ 週 (1 年間に何週あるか)}}$...

$4 \text{ 週} \times 12 \text{ か月} = 48 \text{ 週}$ ではないことに注意。

（3）1 週あたりに必要な勤務日数を算出する。

〔計算式〕 $\div = 3.46... \quad \underline{3.5 \text{ 日 (1 週あたりに必要な勤務日数)}}$

【算入不可の例】

A 事業所：週 5 日勤務 $\times 52 \text{ 週 (1 年)} = 260 \text{ 日} \times 2 \text{ 年 (24 か月)} = 520 \text{ 日}.....$

B 保育園：月 2 日勤務 $\times 12 \text{ か月 (1 年)} = 24 \text{ 日}.....$

+ $= \underline{544 \text{ 日}}$

は、週当たりの勤務日数が常勤に匹敵しないため、算入対象外。日数不足により、の経歴のみでは受講資格要件不足となる。

【算入可の例】

C 事業所：週 4 日勤務 $52 \text{ 週 (1 年)} = 208 \text{ 日} \times 2 \text{ 年 (24 か月)} = 416 \text{ 日}...$

D 保育園：週 4 日勤務 $52 \text{ 週 (1 年)} = 208 \text{ 日} \times 1 \text{ 年 (12 か月)} = 208 \text{ 日}...$

+ $= \underline{624 \text{ 日}}$

、とも算入対象となり、通算して実日数 540 日以上となるため、受講資格要件ありとして申込可能となる。

手書きは不可です。

文字数を自動計算して表示するために、改行する場合は必ず「Alt」キーと「Enter」キーを同時に押して行ってください。

箇条書き等はしないでください。

推薦評価機関名	
氏 名	

(1)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、東京都の福祉サービス第三者評価制度の目的やしぐみについて下記のキーワードを全て含めたうえで記入してください。(350文字以上450文字以内)

キーワード: 情報提供、サービスの質の向上、事業評価、利用者調査、利用者本位の福祉の実現
キーワードには下線を引くこと

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行い、上記キーワードをすべて含めたうえで、東京都の福祉サービス第三者評価制度の目的やしぐみについて記入してください。

文字数は自動計算で表示されるので、字数制限内が確認して下さい。

(1) 0 文字

(2)評価者養成講習に申込みをした動機や、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したいかを記入してください。(300文字以上400文字以内)

改行する際は、「Alt」キーと「Enter」キーを同時に押して行ってください。

句読点や「」、数字等は、半角全角に関わらず1文字と数えます。改行やスペース(空白)は1文字と数えません。

文字数は自動計算で表示されるので、字数制限内が確認して下さい。

字数が不足しています。修正してください。(2) 18 文字

(3)「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)

字数が適正な時は、字数のみ表示されます。

(3) 350 文字

令和8年度評価者養成講習 実務経験証明書

推薦評価機関名	●●●●株式会社		
受講申込者氏名	機関 福子		
受講資格要件 ※プルダウンから選択	4-2	プルダウンより該当の受講資格要件を選択	
受講資格要件 内容 ※自動入力	調査・研究機関（大学等の教育機関は除く）の社員や研究員として、福祉サービス事業所に関する調査、研究業務（集計・分析、フィードバック、公表といった一連の業務）の経験がある者（ただし、下記注の業務は除く） 注 自社製品開発や自社の業務改善のための調査や第三者評価等		
上記の者が申請した職務内容等に齟齬がないことを証明します			
自動表示されます。入力しないでください。			
「様式B 実務経験（資格取得）履歴」等に記載された職務内容に相違ないことを当該法人に確認のうえ、当該法人代表者名にて証明してください。			
2026 年 4 月 1 日 法人名 独立行政法人 △△○○ 法人代表者氏名 ×× □□□			
代表者印			

※ 実務経験（資格取得）履歴（様式B）記載の実務経験が複数法人にわたる場合は、法人ごとに当該証明書を作成してください。

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	P24
▪ 受講者推薦書【様式1】	P25
▪ 評価機関評価実績等状況調書【様式2】	P26
▪ 評価者養成講習申込書 個票【様式A】	P27
▪ 実務経験(資格取得)履歴【様式B】	P28
▪ 受講申込レポート【様式C】	P29
▪ 実績表【様式a】	P30
(資格番号 1-3 用)	
▪ 実績表【様式b】	P32
(資格要件番号 1-4 用)	
▪ 実績表【様式c】	P35
(資格要件番号 3-1 用)	
▪ 実績表【様式d】	P37
(資格要件番号 4-1 用)	
▪ 実績表【様式e】	P38
(資格要件番号 4-2 用)	
▪ 実務経験証明書【様式f】	P40

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

令和8年度受講申込提出書類 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
資格要件に準じて提出

受講申込者数

名

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】								
資格証(写し)	-		-		-		-	
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】	-		-		-		-	
実務経験証明書【様式f】	-		-		-		-	
登記簿謄本	-		-		-		-	
法人及び事業所規模(従業員数)が確認できる資料	-		-		-		-	
成果物(実績表に対応した成果物)	-		-		-		-	
所属する団体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シラバス、カリキュラム	-		-		-		-	
推薦理由書	-		-		-		-	
その他補足資料								

提出する成果物及びその他補足資料について下記の別表に記載すること

【提出成果物等一覧】(成果物の返却は原則いたしませんので、ご注意ください)

氏名	提出成果物	添付数
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

製本やホチキス留め等されていて散逸しないものを1つとカウントしてください。

令和8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：
(番号を で囲む)

1 認証評価機関 (機構)

2 新規申請

評価機関名：

代 表 者：

代表者印

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。

令和 年 月 日

推薦順位	氏 名	分野 (福祉・経営)	受講資格 要件番号
1			
2			
3			
4			

【新規法人連絡先】

新規申請法人のみ記載。認証評価機関については、事前に届け出のある連絡先に連絡します。

郵 送 先	〒	
養成講習担当者		電 話：
		Eメール：

* 申込書に記載された個人情報は、公益財団法人東京都福祉保健財団の個人情報保護規定に基づき適正な管理を行い、東京都福祉サービス第三者評価評価者養成講習管理業務、評価者管理業務及び研修管理業務並びに評価機関認証管理業務以外の目的に利用することはありません。

令和8年度評価者養成講習 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。)

	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
件数				

令和8年度は計画件数

2 貴評価機関に在籍(令和8年4月1日現在)する評価者について、令和7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	0						
従たる評価者	0						

3 貴評価機関に在籍(令和8年4月1日現在)する主たる評価者について、評価者番号別、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	評価者番号	H10 まで	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	合計
主たる 評価者	30代以下																	0
	(うちリーダー)																	(0)
	40代																	0
	(うちリーダー)																	(0)
	50代																	0
	(うちリーダー)																	(0)
	60代																	0
	(うちリーダー)																	(0)
	70代以上																	0
	(うちリーダー)																	(0)
	計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(うちリーダー)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)

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

--	--

令和8年度評価者養成講習 申込書(個票)

推薦評価関名 (法人名)											
フリガナ									整理番号	機構使用	
氏名											
生年月日	西 暦		年		月		日	性別 男 ・ 女	年齢 歳		
フリガナ											
現住所 (電話番号を含め、 必ず記載)	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)		
希望コース (A・B・C を記載) 必ず第3希望ま で記載すること	第1希望	第2希望	第3希望	左記いずれの日程も可 該当する場合は○で囲むこと							
東京都での 評価者経験の有無 (で囲む)	有 ・ 無		過去に経験有の場合は、下段に当時の評価者番号を記入								
	H										

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。

令和 年 月 日

申込者氏名(自署):

印

令和8年度評価者養成講習 実務経験(資格取得)履歴

推薦評価機関名		受講申込者氏名	
資格要件 番号 選択	分野 選択		

常勤でない場合のみ勤務実績を記入する。

1 新しい順に西暦で記入 年月日まで入力 (例)2026/05/31	実務経験期間 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日	月数 記入不要 (自動計算)	勤務先		職種・役職	職務内容 (具体的に記述)	常勤 非常勤 その他 選択	日数/週 (a)	実績 (b)	勤務 実績 (a×b)
			法人名	事業所名(部署名):上段						
				サービス名:下段						
1	~	か月						日	週	日
2	~	か月						日	週	日
3	~	か月						日	週	日
4	~	か月						日	週	日
5	~	か月						日	週	日

取得資格の名称
選択

取得年月日(西暦)

	年	月	日
	年	月	日
	年	月	日
	年	月	日
	年	月	日

その他の資格名称
3

資格認定機関

取得年月日(西暦)

	年	月	日
	年	月	日

記入上の留意事項

1 実務経験期間は、2026年5月末日までの実務経験見込を記入してください。

2 資格要件1 - 1、2 - 2で申請する場合には、当該事業所が指定を受けているサービス名を記載してください。
なお、当該事業所が募集要項 別紙3「東京都福祉サービス第三者評価対象サービス一覧」(p10)に該当するサービスを提供している場合は、必ず別紙3に定めるサービス種別を記載してください。

3 その他の資格欄は、表に記載されていないが、評価に関連が深いと思われる資格を記入してください。

様式B

手書きは不可です。

文字数を自動計算して表示するために、改行する場合は必ず「Alt」キーと「Enter」キーを同時に押して行ってください。

文章は論文形式とし、箇条書き等はいしないでください。

推薦評価機関名	
氏 名	

(1)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、東京都の福祉サービス第三者評価制度の目的やしくみについて下記のキーワードを全て含めたうえで記入してください。(350文字以上450文字以内)

キーワード:情報提供、サービスの質の向上、事業評価、利用者調査、利用者本位の福祉の実現
キーワードには下線を引くこと

(1) 0 文字

(2)評価者養成講習に申込みをした動機や、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したいかを記入してください。(300文字以上400文字以内)

(2) 0 文字

(3)「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)

(3) 0 文字

令和8年度評価者養成講習 実績表

(受講資格要件番号 1-3用)

氏名：様式a

評価機関名：

訪問先等を30か所以上記入してください。

項番	訪問年度(西暦)	訪問先事業所名	訪問先サービス種別	訪問内容
例	2021年度	〇〇の森通所介護	通所介護	(具体的に記入すること)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

令和8年度評価者養成講習 実績表

(受講資格要件番号 1-3用)

評価機関名:

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	訪問年度(西暦)	訪問先事業所名	訪問先サービス種別	訪問内容
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

令和8年度評価者養成講習 様式b 実績表 (受講資格要件番号 1-4用)

様式b

評価機関名：

氏 名：

30件以上記入してください。

項番	事業所名	サービス種別	評価機関	評価(調査)期間 西暦で記載してください。	備考
例	デイサービスセンター	通所介護	株式会社 (県認証番号) (県認証評価機関)	2019/7/1 ~ 2019/11/30	
1				~	
2				~	
3				~	
4				~	
5				~	
6				~	
7				~	
8				~	
9				~	
10				~	

令和8年度評価者養成講習 様式b 実績表

(受講資格要件番号 1-4用)

様式b

評価機関名：

氏 名：

30件以上記入してください。

項番	事業所名	サービス種別	評価機関	評価(調査)期間 西暦で記載してください。	備考
11				〃	
12				〃	
13				〃	
14				〃	
15				〃	
16				〃	
17				〃	
18				〃	
19				〃	
20				〃	
21				〃	

令和8年度評価者養成講習 様式b 実績表 (受講資格要件番号 1-4用)

評価機関名：氏名：30件以上記入してください。

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

令和8年度評価者養成講習 実績表

(受講資格要件番号 3-1用)

評価機関名:

氏 名 :

様式c

項番	勤務先	経営相談 依頼元	相談目的	相談内容	従事期間 西暦で記入してください
例	〇〇株式会社 様式Bに記載の勤務 先を記載	株式会社A	経営改善にむけての助言	(経営相談内容をなるべく具体的に記入)	2020/10/31 ~ 2021/12/31
1					~
2					~
3					~
4					~

令和8年度評価者養成講習 実績表

(受講資格要件番号 3-1用)

評価機関名:

氏 名 :

様式c

項番	勤務先	経営相談 依頼元	相談目的	相談内容	従事期間 西暦で記入してください
5					～
6					～
7					～
8					～

実績表は必要に応じて行を追加して作成してください。

福祉・医療・保健・経営分野についての学術論文としての国際学術雑誌、学会機関紙、研究報告、紀要等に発表したものを記載してください。(学術論文は対象外)

項番	学術論文の表題	発表誌等の名称	研究分野 ※福祉・医療・保健 ・経営より選択	発行又は発表の年月 (西暦)	単著・共著の別	【共著の場合】担当部分の章、節を記載	論文の要旨(200字程度)	文字数
例	(表題を記載してください。)	〇〇〇大学紀要第〇号	福祉	2025/4/1	共著	第2章～第3章	(論文の要旨について200字程度で記載してください。)	0
1								0
2								0
3								0
4								0

令和8年度評価者養成講習 実績表

(受講資格要件番号 4-2用)

様式e

評価機関名:

氏名:

項番	勤務先/部署	調査依頼元	調査分野 福祉・医療・保健 ・経営より選択	調査目的	調査内容(具体的に記入) (調査内容をなるべく具体的に記入)	調査期間 西暦で記入してください	成果物名
例	〇〇株式会社 × × 調査部 様式Bに記載の勤務 先を記載	厚生労働省	福祉	区市町村における地域包括ケ ア推進の取組みを把握する		2020/10/1 ~ 2021/12/31	〇〇に関する調 査研究事業報告 書
1						~	
2						~	
3						~	
4						~	

令和8年度評価者養成講習 実績表

(受講資格要件番号 4-2用)

評価機関名:

氏 名 :

項番	勤務先/部署	調査依頼元	調査分野 福祉・医療・保健 ・経営より選択	調査目的	調査内容(具体的に記入)	調査期間 西暦で記入してください	成果物名
5						~	
6						~	
7						~	
8						~	

実績表は必要に応じて行を追加して作成してください。

令和 8 年度評価者養成講習 実務経験証明書

推薦評価機関名	
受講申込者氏名	
受講資格要件 プルダウンか ら選択	
受講資格要件 内容 自動入力	
<p>上記の者が申請した職務内容等に齟齬がないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">法人名：</p> <p style="text-align: center;">法人代表者氏名：</p> <p style="text-align: right;">印</p>	

実務経験（資格取得）履歴（様式B）記載の実務経験が複数法人にわたる場合は、法人ごとに当該証明書を作成してください。