

# 令和5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21日(月)<br>～<br>9月10日(日) | 9月13日<br>(水) | 9月20日(水) | 9月27日(水) | 10月4日(水) |
| Bコース |                           |              | 9月21日(木) | 9月28日(木) | 10月5日(木) |
| Cコース |                           |              | 9月22日(金) | 9月29日(金) | 10月6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5年4月3日(月)～4月20日(木)(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。

## ➤ 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(11 時間 20 分) + 4 日間(26 時間) 37時間20分

##### eラーニング

eラーニングにより、講義動画(11 時間 20 分)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 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します。

#### (2) 評価実習

- ① 評価機関が令和5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。(当日消印有効)

#### (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、修了証を交付する。

### 2 実施方法(予定)

#### (1) eラーニング

(2) 集合1日目 : あいおいニッセイ同和損保新宿ビル 地下1階ホール

(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 2

### 3 受講料

¥42,000-(予定)

正式な受講料については、受講決定通知と併せてお知らせしますので、受講決定通知書に同封する「払込票」にてお振り込みください。振込方法は、受講決定通知送付の際にお知らせします。  
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。

### 4 問い合わせ先

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

## Ⅲ 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) 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           |

※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「受講資格要件別養成講習申込資料一覧」(P.9)をご確認ください。

※受講資格の有無に関する電話のお問合せについては、全ての申込必要書類を拝見できないため、回答は致しかねます。ご了承ください。

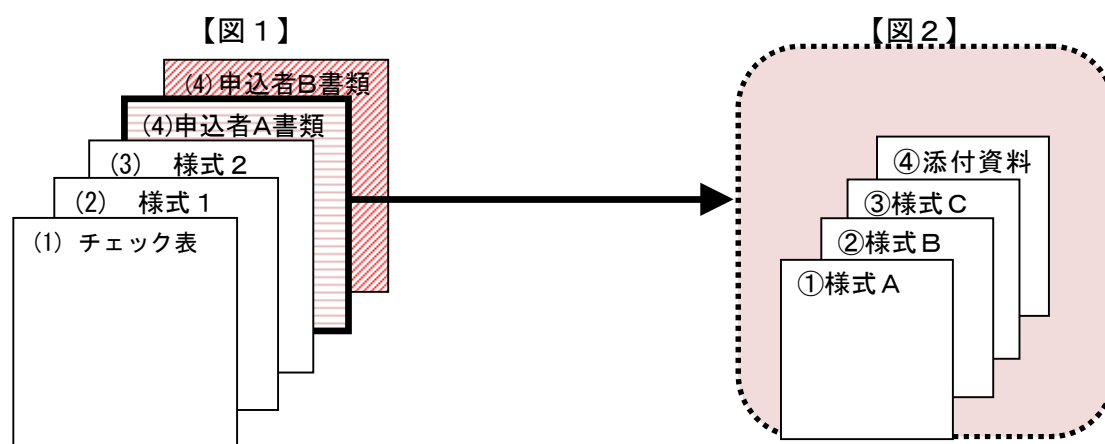
## IV 申込書類

### 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者等 (受講申込者1名に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、【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④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、実績表の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、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返却いたします。
- (7) 申請書類は、評価機関の責任のもと正確に記載してください。

## V 受講申込

受講申込は、認証評価機関からの申込のみとなります。(個人での申込はできません。)

なお、新規認証申請法人が受講申込する場合は、「Ⅶ 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 評価者研修担当 宛

### 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下さい。

### 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) 本研修は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止対策を講じたうえで実施します。
- (3) 新型コロナウイルス感染症の感染が拡大した場合は、状況に応じて開催中止とする場合があります。

## VI 個人情報の取扱いについて

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。

## 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5年7月下旬頃(予定)に評価機関あて通知します。

## **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。  
※養成講習に関する書類は、郵送による申込のみとしますので、ご注意ください。
- (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) 法人が評価機関としての認証基準を満たすことができなくなった場合、推薦した受講申込者は全員受講できません。  
※例: 受講資格審査会における資格審査の結果、受講申込者及び既評価者が、福祉分野と経営分野の資格を有する組み合わせにならない等

## <参考> 受講申込から評価者として登録されるまでの流れ

### <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: 令和5年4月3日(月)～4月20日(木)(当日消印有効)

### <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、令和5年7月下旬頃(予定) 評価機関に通知します。

### <評価実習実施> (「Ⅱ 養成講習の概要 1 実施方法(2)評価実習」参照)

令和5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。

| 評価実施日                                            | 実習報告書の提出日                               |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 9/1～9/20、21、22<br>(各コースの集合2日目まで)                 | <b>10/4、5、6</b><br><b>(各コース講習最終日)※1</b> |
| 9/20、21、22～修了試験合格通知日2ヶ月以内<br>(各コース集合2日目の翌日以降) ※2 | <b>実習後2週間以内</b>                         |

※1 評価実習報告書の受付は講習最終日より開始

※2 修了試験通知日は、養成講習最終コースの終了後1週間程度を予定

### <評価実習報告書の最終提出締切の算定方法>

(例) 通知日                      評価実習締切                      報告書提出締切



### <養成講習の受講>

講習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修了試験合格者とします。

### <試験結果通知送付>

令和5年10月13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。

# 別紙1

## 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

| 受講資格要件 | 内 容                                                                                                                                                      |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-1    | 福祉サービス現場で資格【注1】取得以降、その業務に専従している常勤職員<br>福祉サービス現場で資格【注1】取得以降、その業務に従事している非常勤職員<br>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                                                                                                                            |
|        | ② 社会福祉に関する調査研究や取材活動を通じた情報提供業務を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 「福祉施設の第三者委員」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者
- ・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
- ・居宅介護従業者養成研修2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

| 受講資格要件 | 内 容                                                          |
|--------|--------------------------------------------------------------|
| 2-1    | 常勤職員が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 |

## 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

| 受講資格要件 | 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8】                                                                                              |
| 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9】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9】の業務は除く) |

【注8】「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9】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

| 受講資格要件 | 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10】 |

【注10】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

| 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                                                                                                          |
|        | 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のあ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11】 |
|        | 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11】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

## 別紙2

### 受講資格要件別 評価者養成講習申込資料一覧

#### 1 申込資料(共通)

| 資料名                |   |
|--------------------|---|
| 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】 | ● |
| 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】      | ● |

●・・・必須

△・・・任意

#### 2 申込資料(受講資格要件別)

| 資格要件番号<br>資料名                            |  | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 2 | 3 |   |   | 4 | 5 |   |   |                       |   |  |
|------------------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------|---|--|
|                                          |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |   |   | 6 |   | 7 |   | 8 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 |                       |   |  |
|                                          |  |   |   |   |   | ① | ② | ③ | ① | ② | ① | ② |   |   |   |   |   |   | ① | ②                     |   |  |
| 実績表【様式a】                                 |  |   |   |   |   | ● | ● | ● | ● | ● |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 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b】                                 |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ● | ● |   |   |   |   |   |   |   |                       |   |  |
| 実績表【様式c】                                 |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ● |   |   |   |   |   |   |                       |   |  |
| 実績表【様式d】                                 |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ● |   |   |   |   |                       |   |  |
| 実績表【様式e】                                 |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ● | ● |   |                       |   |  |
| 登記簿謄本※ <sup>1</sup>                      |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ● |   |   |   |   |   |                       |   |  |
| 法人規模(常勤職員数)の確認できる資料※ <sup>2</sup>        |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ● |   |   |   |   |   |                       |   |  |
| 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)※ <sup>3</sup>           |  |   |   |   |   |   |   |   | ● | ● | △ | △ |   |   |   | ● | ● | ● |   |                       |   |  |
| 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※ <sup>4</sup> |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ● |                       |   |  |
| 研究論文等※ <sup>5</sup>                      |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ● |                       |   |  |
| 推薦理由書※ <sup>6</sup>                      |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ●                     | ● |  |

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、登記簿謄本に記載されていない役員の場合は、登記簿謄本のほかに、役員名の記載がある議事録3年分等の資料を添付すること。  
なお、役員ではない者(部長、課長、事務長等)は対象外とする。
- ※2: 会社規模に関わらず、常勤職員数の確認できる資料(パンフレット、事業報告書、会社四季報等)を3年以上添付すること。
- ※3: 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。(記載したすべての実績について添付を求めるものではありません。)
- ※4: 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。
- ※5: 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とする。
- ※6: 推薦理由書の様式については任意であるが、**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**すること。

## 社会福祉法(抄)

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、児童心理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
- 一の二 生活困窮者自立支援法(平成二十五年法律第百五号)に規定する認定生活困窮者就労訓練事業
- 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、小規模住居型児童養育事業、小規模保育事業、病児保育事業又は子育て援助活動支援事業、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
- 二の二 就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律(平成十八年法律第七十七号)に規定する幼保連携型認定こども園を経営する事業
- 二の三 民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律(平成二十八年法律第百十号)に規定する養子縁組あっせん事業
- 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(平成九年法律第百二十三号)に規定する介護老人保健施設又は介護医療院を利用させる事業
- 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

| 区分     | 介護サービス                               | 予防サービス                          |
|--------|--------------------------------------|---------------------------------|
| 在宅サービス | 訪問介護（ホームヘルプ）                         |                                 |
|        | 訪問看護                                 | 介護予防訪問看護                        |
|        | 夜間対応型訪問介護                            | —                               |
|        | 看護小規模多機能型居宅介護（旧・複合型サービス）             | —                               |
|        | 訪問入浴介護                               | 介護予防訪問入浴介護                      |
|        | 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                 |
|        | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                     | —                               |
|        | 居宅療養管理指導                             | 介護予防居宅療養管理指導                    |
| 通所サービス | 通所介護（デイサービス）                         |                                 |
|        | 認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）                | 介護予防認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）       |
|        | 短期入所療養介護（医療系ショートステイ）                 | 介護予防短期入所療養介護（ショートステイ）           |
|        | 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                 |
|        | 地域密着型通所介護（小規模デイサービス）                 | —                               |
|        | 通所リハビリテーション（デイケア）                    | 介護予防通所リハビリテーション（デイケア）           |
|        | 短期入所生活介護（福祉系ショートステイ）                 | 介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）           |
| 施設サービス | 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）                  | —                               |
|        | 介護老人保健施設                             | —                               |
|        | 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                 |
|        | 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） |
|        | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（地域密着型特別養護老人ホーム） | —                               |
|        | 介護療養型医療施設                            | —                               |
|        | 介護医療院                                | —                               |
|        | 地域密着型特定施設入居者生活介護                     | —                               |
| その他    | 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                               | 介護予防支援                          |

# 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 .....      | P14 |
| ・ 受講者推薦書【様式1】 .....         | P15 |
| ・ 評価機関評価実績等状況調書【様式2】 .....  | P16 |
| ・ 評価者養成講習申込書(個票)【様式A】 ..... | P17 |
| ・ 実務経験(資格取得)履歴【様式B】 .....   | P18 |
| ・ 受講申込レポート【様式C】 .....       | P19 |
| ・ 実績表【様式b】 .....            | P20 |
| (資格番号 1-7-①・②用)             |     |
| ・ 実績表【様式d】 .....            | P21 |
| (資格要件番号 3-1 用)              |     |
| ・ 実績表【様式e】 .....            | P22 |
| (資格要件番号 3-2、3-3 用)          |     |

※ 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

## 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】 | ○    | ○    |

チェック欄に○を入力してください

△…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                  | 1-2   |      | 2-1   |      | 3-1   |      | 1-5-② |      |
|                            | 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】             | ○     | ○    | ○     | ○    | ○     | ○    | ○     | ○    |
| 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。  
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       |                 | 要・不要  |     |
| 5       |                 | 要・不要  |     |
| 6       |                 | 要・不要  |     |
| 7       |                 | 要・不要  |     |
| 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。

【機構使用欄】

# 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5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 新規申請 (番号を○で囲む) 2 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

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

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  
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5年 4 月 1 日

| 推薦順位                              | 氏 名   | 分野<br>(福祉・経営) | 受講資格<br>要件番号 |
|-----------------------------------|-------|---------------|--------------|
| 1                                 | 評価 一郎 | 福祉            | 1-2          |
| 2                                 | 機構 花子 | 経営            | 2-1          |
|                                   | 東京 次郎 | 経営            | 3-1          |
|                                   | 機関 福子 | 福祉            | 1-5—②        |
| 新規<br>法人<br>の<br>認<br>証<br>申<br>請 | 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。

### 【特記事項】

評価機関の移転予定、配慮してほしいこと等、予め機構に伝えておきたい事項について記  
●●●●株式会社は 8 月に移転の為、住所及び電話番号が変更  
新しい住所等が分かりましたらお知らせいたします。

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)

\* 申込書に記載された個人情報、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5年度評価者養成講習 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      | 日    | 性別          | 男    | 女 | 年齢 | 56歳 |
| フリガナ                       | トウキョウト チヨダク サカエチヨウ  |   |      |   |                                          |   |                    |   |      |        |        |      |             |      |   |    |     |
| 現住所<br>(電話番号を含め、必ず記載して下さい) | 東京                  |   | 都    |   | 道                                        |   | 千代田                |   | 区    |        | 市      |      | 栄町 1-10-100 |      |   |    |     |
|                            | 〒                   | 1 | 0    | 0 | 0                                        | 0 | 0                  | 0 | 0    | (電話)   | ( 03 ) | 〇〇〇〇 | -           | 〇〇〇〇 |   |    |     |
| 勤務先の有無<br>(○で囲む)           | 有                   |   | 無    |   | ※有の場合は勤務先名、所在地を記入<br>※無の場合は勤務先名、所在地は記入不要 |   |                    |   |      |        |        |      |             |      |   |    |     |
| フリガナ                       | カブシキカイシャ ●● ☆★ザイタ   |   |      |   |                                          |   |                    |   |      |        |        |      |             |      |   |    |     |
| 勤務先名                       | 株式会社●● ☆★在宅介護センタ    |   |      |   |                                          |   |                    |   |      |        |        |      |             |      |   |    |     |
| フリガナ                       | トウキョウト シンジュクク カグラカシ |   |      |   |                                          |   |                    |   |      |        |        |      |             |      |   |    |     |
| 勤務先<br>所在地                 | 東京                  |   | 都    |   | 道                                        |   | 新宿                 |   | 区    |        | 市      |      | 神楽河岸 2-2    |      |   |    |     |
|                            | 〒                   | 1 | 6    | 2 | 0                                        | 8 | 2                  | 3 | (電話) | ( 03 ) | ▲▲▲▲   | -    | △△△△        |      |   |    |     |
| 推薦評価関名<br>(法人名)            | ● ● ● ● 株式会社        |   |      |   |                                          |   |                    |   |      |        |        |      |             |      |   |    |     |
| 希望                         | 第1希望                |   | 第2希望 |   | 第3希望                                     |   | 希望コースは3つとも記入して下さい。 |   |      |        |        |      |             |      |   |    |     |
| コース                        | B                   |   | A    |   | C                                        |   |                    |   |      |        |        |      |             |      |   |    |     |

別紙「実務経験(資格取得)履歴【様式B】」のとおりに、実務経験(資格要件)を有していることに相違ありません。

令和5年 4 月 1 日

申込者氏名(自署):

評価 一郎

評価

## 【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。

\*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。

実務経験（資格取得）履歴（福祉分野）

自動計算されます。  
入力しないでください。

記載例

常勤でない場合のみ勤務実績を記入する。  
格要件番号1-7-①・②・3-1,2,3は不要

|         |         |         |       |
|---------|---------|---------|-------|
| 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              | 資格要件番号 | 勤務先                    |      | 職種  | 職務内容<br>(具体的に記述)                     | 常勤<br>非常勤<br>その他<br>(○で囲む) | 日数/<br>週<br>(a) | 実績<br>(b) | 実績<br>(a×b) |
|--------------------------------------------|------------------------------------|-----------------|--------|------------------------|------|-----|--------------------------------------|----------------------------|-----------------|-----------|-------------|
| ※1<br>新しい順に西暦で記入<br>・年月日まで入力 (例)2023/04/01 |                                    | ※記入不要<br>(自動計算) | ※選択    | ※2法人名:上段<br>サービス名:下段   | 事業所名 |     |                                      |                            |                 |           |             |
| 1                                          | 西暦 年 月 日<br>2019年6月1日 ~ 2023年5月31日 | 48 か月           | 1-2    | 株式会社●●<br>認知症対応型共同生活介護 | ☆☆の家 | 管理者 | 管理者として、施設運営に関する管理・監督全般を行っている。        | 常勤                         | 日               | 週         | 日           |
| 2                                          | 2018年6月1日 ~ 2019年5月31日             | 12 か月           | 1-1    | 株式会社××<br>訪問介護         | ケア▲▲ | 介護職 | サービス提供責任者として計画書の作成を行うとともに、訪問介護業務も行う。 | 非常勤                        | 5日              | 48週       | 240日        |
| 3                                          |                                    |                 |        |                        |      |     |                                      | 常勤                         | 日               | 週         | 日           |
| 4                                          |                                    |                 |        |                        |      |     |                                      | 非常勤                        | 日               | 週         | 日           |
| 5                                          |                                    |                 |        |                        |      |     |                                      | その他                        | 日               | 週         | 日           |
| 6                                          |                                    |                 |        |                        |      |     |                                      | 常勤                         | 日               | 週         | 日           |
| 7                                          |                                    |                 |        |                        |      |     |                                      | 非常勤                        | 日               | 週         | 日           |
| 8                                          |                                    |                 |        |                        |      |     |                                      | その他                        | 日               | 週         | 日           |

・実務経験は新しい順に、西暦で入力して下さい。  
・業務経験のセルは、「2023/06/01」と必ず日付まで入力して下さい。  
・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。

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ください。  
(プルダウンで示されます)

上段に法人名、  
下段に法律に基づくサービス  
名を記載してください。

常勤でない場合のみ記入してください。

【評価に関連する主な資格で該当する場合に○を付して下さい】

| 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           |
| 10 介護福祉士 | 2014 年 3 月 31 日 |

※3 16の下段は介護職員初任者研修を修了したと見なされるその他の研修名を記入  
(募集要項P6 評価者養成講習受講資格要件【注1】参照)

※4 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

| 取得資格の名称      | 取得年月日(西暦)                    |
|--------------|------------------------------|
| 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 介護職員初任者研修 | 年 月 日                        |
| ※3 訪問介護員2級   | 2006 年 6 月 30 日              |
| ※4 その他の資格名称  | 資格認定機関<br>取得年月日(西暦)<br>年 月 日 |

【記入上の留意事項】

※1 実務経験期間は、2023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、  
下段には法律に基づくサービス名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。

様式B

機構使用欄

実務経験（資格取得）履歴（経営分野）

自動計算されます。  
入力しないでください。

記載例

常勤でない場合のみ勤務実績を記入する。  
格要件番号1-7-①・②・3-1,2,3は不要

|         |         |         |       |
|---------|---------|---------|-------|
| 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                       | 資格要件番号 | 勤務先    |     | 役職    | 職務内容<br>(具体的に記述)              | 常勤<br>非常勤<br>その他<br>(○で囲む) | 日数/<br>週<br>(a) | 実績<br>(b) | 実績<br>(a×b) |
|--------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------|--------|-----|-------|-------------------------------|----------------------------|-----------------|-----------|-------------|
| ※1<br>新しい順に西暦で記入<br>・年月日まで入力 (例)2023/04/01 |                       | ※記入不要<br>(自動計算)          | ※選択    | 法人名    | 部署名 |       |                               |                            |                 |           |             |
| 1                                          | 西暦 年 月 日<br>2019年6月1日 | ～ 西暦 年 月 日<br>2023年5月31日 | 2-1    | 株式会社●● |     | 代表取締役 | 代表として、事業計画等について<br>の経営相談に応じる。 | 常勤                         | 日               | 週         | 日           |
| 2                                          | 2018年6月1日             | ～ 2019年5月31日             | 2-1    | 株式会社×× |     |       | 中小企業を中心に経営分析を行<br>う。          | 常勤                         | 日               | 週         | 日           |
| 3                                          |                       |                          |        |        |     |       |                               | 常勤                         | 日               | 週         | 日           |
| 4                                          |                       |                          |        |        |     |       |                               | 常勤                         | 日               | 週         | 日           |
| 5                                          |                       |                          |        |        |     |       |                               | 常勤                         | 日               | 週         | 日           |

・実務経験は新しい順に、西暦で入力して下さい。  
・業務経験のセルは、「2023/06/01」と必ず日付まで入力  
して下さい。  
・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。

別紙2「評価者養成講習受講  
格要件」を見て資格要件番  
号を記入してください。  
(プルダウンで示されます)

常勤でない場合のみ記入してください。

【評価に関連する主な資格で該当する場合に○を付して下さい】

| 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      |
| 10 介護福祉士 | 年 月 日      |

| 取得資格の名称      | 取得年月日 (西暦)      |
|--------------|-----------------|
| 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 介護職員初任者研修 | 年 月 日           |
| ※3           | 年 月 日           |
| ※4           | 年 月 日           |
| その他の資格名称     | 取得年月日 (西暦)      |
| 中小企業診断士      | 2015 年 11 月 1 日 |
| 経済産業省        | 年 月 日           |

※3 16の下段は介護職員初任者研修を修了したと見なされるその他の研修名を記入  
(募集要項P6 評価者養成講習受講格要件【注1】参照)

※4 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

機構使用欄

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**

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く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、字数制限内か確認し

(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。(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

# 記載例

# 様式 b

## 実績表 (資格要件番号 1-7-①・②用)

氏 名 : \_\_\_\_\_

※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・コーディネーター業務の福祉サービス事業者と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

※実績日数欄には、実際にその業務に従事した日数を合計して入力すること

合計日数は自動計算されます。  
入力しないでください。

| 項番 | 勤務先           | 業務内容            | 従事期間(西暦)                | 実働日数            | 実績(具体的に記入)                                                                                        | 成果物名<br>(成果物が無い場合は「無し」と記入)                |
|----|---------------|-----------------|-------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1  | 〇〇県<br>社会福祉士会 | 障害者施設の第<br>三者委員 | 2017/12/31 ~ 2022/11/30 | 計 840日<br>600 日 | 〇〇施設、△△施設、××施設の第三者委員として、各施設へ月2回程度訪問し、利用者からの苦情を直接聞いたり、事業者へ助言等を行った。また、苦情解決責任者からの取り組み状況報告書への対応等も行った。 | 〇〇施設訪問スケ<br>ジュール及び施設訪<br>問報告書(一部抜粋<br>のみ) |
| 2  | ■■機関          | 民間相談機関での<br>相談員 | 2009/4/1 ~ 2014/3/31    | 240 日           | 民間相談機関である■■機関で、ボランティア相談員として、週1回程度、相談業務に従事した。                                                      | 無し                                        |
| 3  |               |                 |                         | 日               |                                                                                                   |                                           |
| 4  |               |                 | ~                       | 日               |                                                                                                   |                                           |

様式B「実務経験(資格取得)履歴」に記載している  
いずれかの勤務先を記入して下さい。

成果物がある場合は、資料名を記入して下さい。  
成果物が無い場合も必ず「無し」と記入して下さい。

## 実績表 (資格要件番号 3-1用)

氏名： \_\_\_\_\_

※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

※実働日数欄には、実際にその業務に従事した日数を合計して入力すること

| 項番 | 勤務先            | 経営相談<br>依頼先 | 相談目的           | 従事期間(西暦)                | 実働日数   | 相談内容(具体的に記入)                                       | 成果物名<br>(成果物が無い場<br>合は「無し」と記入) |
|----|----------------|-------------|----------------|-------------------------|--------|----------------------------------------------------|--------------------------------|
| 1  | 〇〇コンサル<br>ディング | 株式会社A       | 経営力向上の助言       | 2017/10/31 ~ 2022/12/31 | 計 600日 | ここは、実施した経営相談の内容を、なるべく具体的に記入して下さい。                  | 株式会社A様<br>訪問報告書                |
| 2  | ■ ■ 総研         | 株式会社B       | 経営改善の助言        | 2013/4/1 ~ 2017/3/31    | 146日   | ここは、実施した経営相談の内容を、なるべく具体的に記入して下さい。                  | 無し                             |
| 3  | ■ ■ 総研         | 株式会社C       | 製品開発プロセス<br>改善 | 2013/4/1 ~ 2013/9/30    | 70日    | 成果物がある場合は、資料名を記入して下さい。<br>成果物が無い場合も必ず「無し」と記入して下さい。 |                                |
| 4  |                |             |                | ~                       | 日      |                                                    |                                |

様式B「実務経験(資格取得)履歴」に記載している  
いずれかの勤務先を記入して下さい。

## 実績表

(資格要件番号 3-2、3-3用)

氏 名 :

※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業務の経路

※**実働日数欄**には、**実際にその業務に従事した日数を合計して入力すること**合計日数は自動計算されます。  
入力しないでください。

| 項番 | 勤務先             | 調査<br>依頼先 | 調査目的                    | 調査期間(西暦)             | 実働日数   | 調査内容(具体的に記入)                                       | 成果物名<br>(成果物が無い場合は「無し」と記入) |
|----|-----------------|-----------|-------------------------|----------------------|--------|----------------------------------------------------|----------------------------|
| 1  | 株式会社<br>× × 情報部 | 〇〇事業団     | 〇〇事業団のサービスと経営管理における実態調査 | 2018/4/1 ~ 2022/3/31 | 計 580日 | ここは、実施した調査業務の内容を、なるべく具体的に記入して下さい。                  | 〇〇事業団のサービスと経営管理における実態調査報告書 |
| 2  | 株式会社<br>× × 情報部 | × × 事業所   | 利用者アンケート及び課題の設定         | 2016/4/1 ~ 2019/3/31 | 180日   | ここは、実施した調査業務の内容を、なるべく具体的に記入して下さい。                  | 無し                         |
| 3  | △△研究所<br>研究部門   | △△センター    | 〇〇における△△の意向調査           | 2014/4/1 ~ 2016/3/31 | 200日   | 成果物がある場合は、資料名を記入して下さい。<br>成果物が無い場合も必ず「無し」と記入して下さい。 |                            |
| 4  |                 |           |                         |                      |        |                                                    |                            |

様式B「実務経験(資格取得)履歴」に記載している  
いずれかの勤務先を記入して下さい。

# 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 1-5-①・②・③、1-6-①・②用)  |     |
| ・ 実績表【様式b】 .....           | P33 |
| (資格要件番号 1-7-①・②用)          |     |
| ・ 実績表【様式c】 .....           | P35 |
| (資格要件番号 1-8 用)             |     |
| ・ 実績表【様式d】 .....           | P38 |
| (資格要件番号 3-1 用)             |     |
| ・ 実績表【様式e】 .....           | P41 |
| (資格要件番号 3-2、3-3 用)         |     |

※ 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。

# 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】             | ○    |      | ○    |      | ○    |      | ○    |      |
| 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  |     |

【機構使用欄】

# 令和5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 新規申請 2 認証評価機関（機構）  
（番号を○で囲む）

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。

令和 年 月 日

| 推薦順位                                           | 氏名   | 分野<br>(福祉・経営) | 受講資格<br>要件番号 |
|------------------------------------------------|------|---------------|--------------|
| 1                                              |      |               |              |
| 2                                              |      |               |              |
| 3                                              |      |               |              |
| 4                                              |      |               |              |
| 請<br>法<br>人<br>の<br>み<br>新<br>規<br>認<br>証<br>申 | 既評価者 | 評価者番号         |              |
|                                                | 既評価者 | 評価者番号         |              |

## 【特記事項】

評価機関の移転予定、配慮してほしいこと等、予め機構に伝えておきたい事項について記入して下さい。

\* 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。

# 評価機関評価実績等状況調書

機構番号: 一 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2年度 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 | ※令和5年度は計画件数 |
|----|-------|-------|-------|-------|-------------|
| 件数 |       |       |       |       |             |

2 貴評価機関に在籍(令和5年4月1日現在)する評価者について、令和4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5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。

[illegible]

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

[illegible]

## 令和5年度評価者養成講習 申込書(個票)

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |      |  |   |      |  |   |  |       |           |         |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------|--|---|------|--|---|--|-------|-----------|---------|
| フリガナ                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |      |  |   |      |  |   |  | ※整理番号 |           |         |
| 氏名                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |      |  |   |      |  |   |  |       |           |         |
| 生年月日                           | 西<br>暦                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |      |  | 年 |      |  | 月 |  | 日     | 性別<br>男 女 | 年齢<br>歳 |
| フリガナ                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |      |  |   |      |  |   |  |       |           |         |
| 現住所<br>(電話番号を含め、<br>必ず記載して下さい) | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>都 道 区 市<br/>府 県 町 村</div> <div>〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (電話) ( <input type="text"/> ) - <input type="text"/></div> </div> |  |  |      |  |   |      |  |   |  |       |           |         |
| 勤務先の有無<br>(○で囲む)               | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>有 ・ 無</div> <div>※有の場合は勤務先名、勤務先所在地を記入<br/>※無の場合は勤務先名、勤務先所在地は記入不要</div> </div>                                                                                                                                                                         |  |  |      |  |   |      |  |   |  |       |           |         |
| フリガナ                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |      |  |   |      |  |   |  |       |           |         |
| 勤務先名                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |      |  |   |      |  |   |  |       |           |         |
| フリガナ                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |      |  |   |      |  |   |  |       |           |         |
| 勤務先<br>所在地                     | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>都 道 区 市<br/>府 県 町 村</div> <div>〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (電話) ( <input type="text"/> ) - <input type="text"/></div> </div> |  |  |      |  |   |      |  |   |  |       |           |         |
| 推薦評価機関名<br>(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。

令和 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。

\*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。

実務経験（資格取得）履歴（福祉分野）

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

※1 常勤でない場合のみ勤務実績を記入する。(受講資格要件番号1-7-①-②、3-1,2,3は不要)

| 実務経験期間                                      |          |                 | 月数  | 資格要件番号    | 勤務先       |  | 職種 | 職務内容<br>(具体的に記述) | 常勤<br>非常勤<br>その他<br>(○で囲む) | 日数/<br>週<br>(a) | 実績<br>(b) | 勤務実績<br>(a×b) |
|---------------------------------------------|----------|-----------------|-----|-----------|-----------|--|----|------------------|----------------------------|-----------------|-----------|---------------|
| ※1<br>・新しい順に西暦で記入<br>・年月日まで入力 (例)2023/04/01 |          | ※記入不要<br>(自動計算) | ※選択 | 事業所名      |           |  |    |                  |                            |                 |           |               |
| 西暦 年 月 日                                    | 西暦 年 月 日 |                 |     | ※2法人名: 上段 | サービス名: 下段 |  |    |                  |                            |                 |           |               |
| 1                                           | ～        | か月              |     |           |           |  |    |                  | 常勤<br>非常勤<br>その他           | 日               | 週         | 日             |
| 2                                           | ～        | か月              |     |           |           |  |    |                  | 常勤<br>非常勤<br>その他           | 日               | 週         | 日             |
| 3                                           | ～        | か月              |     |           |           |  |    |                  | 常勤<br>非常勤<br>その他           | 日               | 週         | 日             |
| 4                                           | ～        | か月              |     |           |           |  |    |                  | 常勤<br>非常勤<br>その他           | 日               | 週         | 日             |
| 29                                          | ～        | か月              |     |           |           |  |    |                  | 常勤<br>非常勤<br>その他           | 日               | 週         | 日             |

【評価に関連する主な資格で該当する場合に○を付して下さい】

| 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 |
| 10 介護福祉士 | 年          | 月 | 日 |

| 取得資格の名称      | 取得年月日 (西暦) |   |   |
|--------------|------------|---|---|
| 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 介護職員初任者研修 | 年          | 月 | 日 |
| ※3           | 年          | 月 | 日 |
| ※4           | 年          | 月 | 日 |
| その他の資格名称     | 資格認定機関     |   |   |
|              | 年          | 月 | 日 |
|              | 年          | 月 | 日 |
|              | 年          | 月 | 日 |

※3 16の下段は介護職員初任者研修を修了したと見なされるその他の研修名を記入

(募集要項P6 評価者養成講習受講資格要件【注1】参照)

※4 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

機構使用欄

様式B

実務経験（資格取得）履歴（経営分野）

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

※1 常勤でない場合のみ勤務実績を記入する。(受講資格要件番号1-7-①-②、3-1,2,3は不要)

| 実務経験期間                                      |          |          | 月数              | 資格要件番号 | 勤務先 |     | 役職 | 職務内容<br>(具体的に記述) | 常勤<br>非常勤<br>その他<br>(○で囲む) | 日数/<br>週<br>(a) | 実績<br>(b) | 勤務<br>実績<br>(a×b) |
|---------------------------------------------|----------|----------|-----------------|--------|-----|-----|----|------------------|----------------------------|-----------------|-----------|-------------------|
| ※1<br>・新しい順に西暦で記入<br>・年月日まで入力 (例)2023/04/01 |          |          | ※記入不要<br>(自動計算) | ※選択    | 法人名 | 部署名 |    |                  |                            |                 |           |                   |
| 1                                           | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 | か月              |        |     |     |    |                  | 常勤<br>非常勤<br>その他           | 日<br>週          | 週         | 日                 |
| 2                                           | ～        | ～        | か月              |        |     |     |    |                  | 常勤<br>非常勤<br>その他           | 日<br>週          | 週         | 日                 |
| 3                                           | ～        | ～        | か月              |        |     |     |    |                  | 常勤<br>非常勤<br>その他           | 日<br>週          | 週         | 日                 |
| 4                                           | ～        | ～        | か月              |        |     |     |    |                  | 常勤<br>非常勤<br>その他           | 日<br>週          | 週         | 日                 |
| 30                                          | ～        | ～        | か月              |        |     |     |    |                  | 常勤<br>非常勤<br>その他           | 日<br>週          | 週         | 日                 |

【評価に関連する主な資格で該当する場合に○を付して下さい】

| 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 |
| 10 介護福祉士 | 年         | 月 | 日 |

| 取得資格の名称      | 取得年月日(西暦) |   |   |
|--------------|-----------|---|---|
| 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 介護職員初任者研修 | 年         | 月 | 日 |
| ※3           | 年         | 月 | 日 |
| ※4           | 年         | 月 | 日 |
| その他の資格名称     | 資格認定機関    |   |   |
|              | 年         | 月 | 日 |
|              | 年         | 月 | 日 |

【記入上の留意事項】

※1 実務経験期間は、2023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。

様式B

機構使用欄

※3 16の下段は介護職員初任者研修を修了したと見なされるその他の研修名を記入

(募集要項P6 評価者養成講習受講資格要件【注1】参照)

※4 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

※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、箇条書き等はいししないでください。

※(1)については、キーワードをすべて含めて記入してください。

|         |  |
|---------|--|
| 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**

(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

## 実績表

(受講資格要件番号 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

(受講資格要件番号 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

(受講資格要件番号 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 (受講資格要件番号 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。

※実績日数欄には、実際にその業務に従事した日数を合計して入力すること

| 項番 | 勤務先 | 業務内容 | 従事期間(西暦) | 実績日数<br>計 0日 | 実績(具体的に記入) | 成果物名<br>(成果物が無い場合は<br>「無し」と記入) |
|----|-----|------|----------|--------------|------------|--------------------------------|
| 1  |     |      | ～        | 日            |            |                                |
| 2  |     |      | ～        | 日            |            |                                |
| 3  |     |      | ～        | 日            |            |                                |
| 4  |     |      | ～        | 日            |            |                                |
| 5  |     |      | ～        | 日            |            |                                |

実績表 (受講資格要件番号 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。

※実績日数欄には、実際にその業務に従事した日数を合計して入力すること

| 項番 | 勤務先 | 業務内容 | 従事期間(西暦) | 実績日数<br>計 0日 | 実績(具体的に記入) | 成果物名<br>(成果物が無い場合は<br>「無し」と記入) |
|----|-----|------|----------|--------------|------------|--------------------------------|
| 6  |     |      | ～        | 日            |            |                                |
| 7  |     |      | ～        | 日            |            |                                |
| 8  |     |      | ～        | 日            |            |                                |
| 9  |     |      | ～        | 日            |            |                                |
| 10 |     |      | ～        | 日            |            |                                |

# 実績表

(受講資格要件番号 1-8 用)

※30件以上記入してください。

氏 名 :

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<br>※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△△△△<br>(□□県認証番号〇〇〇〇〇)<br>(□□県認証評価機関) | 2019/7/1～2019/11/30      |     |
| 1  |              |        |                                           |                          |     |
| 2  |              |        |                                           |                          |     |
| 3  |              |        |                                           |                          |     |
| 4  |              |        |                                           |                          |     |
| 5  |              |        |                                           |                          |     |
| 6  |              |        |                                           |                          |     |
| 7  |              |        |                                           |                          |     |
| 8  |              |        |                                           |                          |     |
| 9  |              |        |                                           |                          |     |
| 10 |              |        |                                           |                          |     |

※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<br>※西暦で記入してください | 備 考 |
|----|------|--------|------|--------------------------|-----|
| 11 |      |        |      |                          |     |
| 12 |      |        |      |                          |     |
| 13 |      |        |      |                          |     |
| 14 |      |        |      |                          |     |
| 15 |      |        |      |                          |     |
| 16 |      |        |      |                          |     |
| 17 |      |        |      |                          |     |
| 18 |      |        |      |                          |     |
| 19 |      |        |      |                          |     |
| 20 |      |        |      |                          |     |
| 21 |      |        |      |                          |     |

※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<br>※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。

氏 名 :

実績表（受講資格要件番号 3-1用）

※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

※実績日数欄には、実際にその業務に従事した日数を合計して入力すること

| 項番 | 勤務先 | 経営相談<br>依頼先 | 相談目的 | 従事期間（西暦） | 実働日数<br>計 0日 | 相談内容（具体的に記入） | 成果物名<br>（成果物が無い場合は「無し」と記入） |
|----|-----|-------------|------|----------|--------------|--------------|----------------------------|
| 1  |     |             |      | ～        | 日            |              |                            |
| 2  |     |             |      | ～        | 日            |              |                            |
| 3  |     |             |      | ～        | 日            |              |                            |
| 4  |     |             |      | ～        | 日            |              |                            |

氏 名 :

実績表 (受講資格要件番号 3-1用)

※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

※実績日数欄には、実際にその業務に従事した日数を合計して入力すること

| 項番 | 勤務先 | 経営相談<br>依頼先 | 相談目的 | 従事期間(西暦) | 実働日数<br>計 0日 | 相談内容(具体的に記入) | 成果物名<br>(成果物が無い場合は「無し」と記入) |
|----|-----|-------------|------|----------|--------------|--------------|----------------------------|
| 5  |     |             |      | ～        | 日            |              |                            |
| 6  |     |             |      | ～        | 日            |              |                            |
| 7  |     |             |      | ～        | 日            |              |                            |
| 8  |     |             |      | ～        | 日            |              |                            |

氏 名 :

実績表 (受講資格要件番号 3-1用)

※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

※実績日数欄には、実際にその業務に従事した日数を合計して入力すること

| 項番 | 勤務先 | 経営相談<br>依頼先 | 相談目的 | 従事期間(西暦) | 実働日数<br>計 0日 | 相談内容(具体的に記入) | 成果物名<br>(成果物が無い場合は「無し」と記入) |
|----|-----|-------------|------|----------|--------------|--------------|----------------------------|
| 9  |     |             |      | ～        | 日            |              |                            |
| 10 |     |             |      | ～        | 日            |              |                            |
| 11 |     |             |      | ～        | 日            |              |                            |
| 12 |     |             |      | ～        | 日            |              |                            |

# 実績表

(受講資格要件番号 3-2、3-3用)

様式e

氏名：

※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業務の経験が合計して540日以上あること

※実働日数欄には、実際にその業務に従事した日数を合計して入力すること

| 項番 | 勤務先 | 調査依頼先 | 調査目的 | 調査期間(西暦) | 実働日数<br>計 0日 | 調査内容(具体的に記入) | 成果物名<br>(成果物が無い場合は「無し」と記入) |
|----|-----|-------|------|----------|--------------|--------------|----------------------------|
| 1  |     |       |      | ～        | 日            |              |                            |
| 2  |     |       |      | ～        | 日            |              |                            |
| 3  |     |       |      | ～        | 日            |              |                            |
| 4  |     |       |      |          | 日            |              |                            |

# 実績表

(受講資格要件番号 3-2、3-3用)

氏名：

様式e

※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業務の経験が合計して540日以上あること

※実働日数欄には、**実際にその業務に従事した日数を合計して入力すること**

| 項番 | 勤務先 | 調査依頼先 | 調査目的 | 調査期間(西暦) | 実働日数<br><b>計 0日</b> | 調査内容(具体的に記入) | 成果物名<br>(成果物が無い場合は「無し」と記入) |
|----|-----|-------|------|----------|---------------------|--------------|----------------------------|
| 5  |     |       |      | ～        | 日                   |              |                            |
| 6  |     |       |      | ～        | 日                   |              |                            |
| 7  |     |       |      | ～        | 日                   |              |                            |
| 8  |     |       |      |          | 日                   |              |                            |

## 実績表

(受講資格要件番号 3-2、3-3用)

様式e

氏 名 :

※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業務の経験が合計して540日以上あること

※実働日数欄には、実際にその業務に従事した日数を合計して入力すること

| 項番 | 勤務先 | 調査<br>依頼先 | 調査目的 | 調査期間(西暦) | 実働日数<br>計 0日 | 調査内容(具体的に記入) | 成果物名<br>(成果物が無い場合は「無し」と記入) |
|----|-----|-----------|------|----------|--------------|--------------|----------------------------|
| 9  |     |           |      | ～        | 日            |              |                            |
| 10 |     |           |      | ～        | 日            |              |                            |
| 11 |     |           |      | ～        | 日            |              |                            |
| 12 |     |           |      |          | 日            |              |                            |