**様式１**

**令和６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　新規申請　　　　　　　　　　２　認証評価機関 （機構　　　　　　　　　　） | |
| 評価機関名： |  | |
| 代　 表 　者： | 代表者印 | |
| 所　 在 　地： |  | |
| 電　　　 　話： |  | |
| 養成講習担当者： |  | 電　　話　： |
| Ｅメール　： |

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

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 | |  |  |  |
| 新規認証申請法人のみ | 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。