別紙１

研修受講申請者の経歴書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日作成

１　研修受講申請者の概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属する評価機関  　又は団体名 |  | | | | 上半身、正面向、 無帽状態で過去  ６ヶ月以内に撮 影された写真を  貼付のこと |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | |
| 氏　　　　　名 |  | | | |
| 生年月日 | 西暦 　　 　　 年　　 　月　 　　日 　 （満　　 　歳） | | | | |
| 住　　　　　　所 | （〒　　　－　　　）  Eメール（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 連　　絡　　先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  | |
| 現在の勤務先名称 |  | | | | |
| 現在の勤務先所在地 | （〒　　　－　　　） | | | | |
| 勤務先連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  | |
| 介護保険事業者指定の有無 | 有　　　　・　　　　無 | | | | |
| ＜経歴の概要＞ | | | | | |
| 期　　間　　等 | 経　　　　歴　（勤務先事業所名と職種・役職など) | | | | |
| 年　月～　年　月 | 【記入例】特養×××で介護職として勤務 | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| 取得資格又は修了  　した研修等 |  | | | | |

注１「経歴の概要」及び「取得資格又は修了した研修等」については、評価調査者等としての要件に

関わる欄全てについて記載ください。

　　２　その他、評価者として公表されることを特に希望する経歴等について記載してください。

　　３　「誓約書」「情報公開に係る同意書」「訪問調査実習に関する誓約書」を添付してください。

２　受講申込該当要件

（１）一般調査者　社会福祉及び介護・福祉サービス第三者評価に関する知識と理解力を持ち、公正・中立的に評価が行える者

①評価に関する知識を有する者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該　　当　　項　　目 | 該当欄 | 修了年月日 |
| ①支援機構介護・福祉サービス評価調査者養成研修（受講予定） | 介護  福祉 | 介護  福祉 |
| ②認知症高齢者グループホーム評価調査員研修 |  |  |
| ③評価調査者養成研修（全国社会福祉協議会等実施） |  |  |
| ④他府県における社会福祉サービス等評価調査員研修 |  |  |

注１　該当欄に◯印を記入してください。

２　研修修了証の写しを添付してください。

②利用者団体等に所属する者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属する団体の名称 |  | | | |
| 団体所在地 | （〒　　　－　　　） | | | |
| 団体連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |

注　「所属証明書（代表者の押印があるもの）」を添付してください。

（２）管理部門調査者　法人組織（個人事業主対象外）の管理者として経営、組織運営、財務管理に関する知識・技能及び３年以上の実務経験を有する者

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の内容又は職種 | 当該職務に係る法人名又は勤務先の名称[注１] |
|  |  |
| ※組織運営又は財務管理に関連する資格を有している場合は、資格の種別を記載してください。[注２] | |

注１　従業者（常勤職員）が10名以上の法人組織での管理職経験者が対象になります。様式「実務経験証明書」の「管理職業務経験記入欄」に必要事項を記載して提出して下さい。

注２　資格を有する場合は、資格証の写しを添付してください。

（３）処遇部門調査者　福祉、医療、保健、介護分野での専門資格を有し３年以上の業務経験を有する者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 資格の種別 | 取得年月日 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |

注　資格証の写しを添付してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（次頁に続く）

|  |
| --- |
| ※介護支援専門員実務研修受講試験の受験要件に該当する国家資格  【例】医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、  社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、  言語聴覚士　等 |

当該業務に従事した経験

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　種 | 当該職種に係る勤務先 | 経験年数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注　様式「実務経験証明書」を添付してください。

（４）学識部門調査者　社会福祉及び介護・福祉サービス第三者評価等、評価事業に関する学識経験・研究者であって、３年以上の研究（業務）経験を有する者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 研究機関名等 | 経験年数 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |

注　様式「実務経験証明書」を添付してください。

（５）社会的養護部門調査者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 取得した養成機関名 | 取得年月日 |
| １ |  |  |

注　研修修了証の写しを添付してください。

別紙２

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 情報公開等に係る同意書  　私は、京都介護・福祉サービス第三者評価機関の認定申請書類に必要な書類として、経歴書を作成しましたので、私が所属する評価機関が、当該経歴書に記載された範囲内で私の個人情報を別の様式等に転記し、認定申請書類を作成し、提出することについて同意します。  　併せて、京都介護・福祉サービス第三者評価機関認定要綱第11条第２項各号に掲げる情報のうち、下記の私の個人情報について、冊子、書類等を京都府ならびに京都介護・福祉サービス第三者評価等支援機構内において備え付け、求めに応じて閲覧に供することその他の適当な方法により公表することについて同意します。  記 | | | | | |
|  |  | 情報の種別 |  | 情報の種別 |  |
| １ | 氏名 | ６ | 当該研修の修了年月日 |
| ２ | 所属する評価機関名 | ７ | 取得した資格の種別 |
| ３ | 評価機関における職名 | ８ | 資格取得年月日 |
| ４ | 経歴の概要 | ９ | 業務の内容又は職種 |
| ５ | 修了した研修の種別 | 10 | 当該業務又は職種の経験年数 |
| 京都府知事　様  　　令和　　年　　月　　日    　 　 　　 住　　所　（〒　　－　　　）  　　　　　　氏　　名　　 　　　　　　　　　　 （自筆） | | | | | |

別紙３

**訪問調査実習に関する誓約書**

私は、京都介護・福祉サービス評価調査者養成研修における訪問調査実習における個人情報等の取り扱いについて下記の事項を誓約するとともに、実習施設側が必要と認める場合には、情報の開示に際し施設スタッフが立ち会うことに同意します。

万一、下記の誓約事項に反した場合には、京都介護・福祉サービスサービス評価調査者養成研修又は交付された登録証明書を直ちに返還することについて同意します。

また、情報の漏洩に伴い発生した全ての損害を賠償する責任を負うことに同意

します。

記

１　訪問調査実習において知り得た実習施設に関する情報、当該施設利用者及びその家族

　　に関する個人情報を漏らしません。

　２ 施設の利用者及びその家族に関する個人情報については、いかなる方法においても実

　　習施設の外へ持ち出ししません。

３　実習において知り得た情報を介護サービス評価調査者養成研修以外の目的のために活

　　用しません。

　４ 訪問調査実習以外の目的のために、実習施設に対して情報の開示を求めません。

　　令和　　年　　月　　日

　　　　　 　 住　　所 （〒　　　－　　　）

　 　　　　　　 　 氏　　名 　　　　　　　　　　　　 （自筆）

別紙４　　　　　　　　　　**※別紙４は提出不要です**

受講推薦書

京都介護・福祉サービス第三者評価等支援機構　会長　様

受講申込者氏名：

推　薦　理　由：

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

上記の者を、上記理由により、貴養成研修の受講者として推薦します。

なお、受講申込書、経歴書の記載事項につきましては事実と相違ないことを確認しております。

令和　　　年　　　月　　　　日

団体名：

住　所：

代表者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**実　務　経　験　証　明　書**

令和　　　年　　　月　　日

京都介護・福祉サービス第三者評価等支援機構　御中

事業所名：

事業所代表者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

実務経験は、以下の通りであることを証明します。

１.氏名と事業所名

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　日生 |
| 施設または事業所名 |  |

２.就業期間

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期　間 | 業　務　内　容 | 管理職業務  の有無 |
| 年　　月～　　年　　月  　　（　　年　　ヶ月） |  | 有　・　無 |
| 年　　月～　　年　　月  　　（　　年　　ヶ月） |  | 有　・　無 |
| 年　　月～　　年　　月  　　（　　年　　ヶ月） |  | 有　・　無 |

注）管理職業務の有無の欄で「有」に〇をされた方は、下記の【管理職業務者記入欄】に

ご記入下さい。

【管理職業務経験記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 管理職期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日（　　年　　ヶ月） |
| 業務内容 |  |
| 事業所規模  （常勤職員人数） | 該当箇所に〇をして下さい  10人未満　　・　　10人以上 |

**※令和7年8月1日現在の経験年数にてご記入下さい。**