

別紙1

令和4年度第2回千葉県福祉サービス第三者評価調査員継続研修申込書

申込日 令和 年 月 日

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと 宛

住所	
評価機関名 代表者氏名	
電話番号	
FAX 番号	
Eメール	
担当者名	

※ 印鑑は法人としての代表者印をご捺印ください。

受講申込者一覧

	氏名	第三者評価調査員 養成研修の修了番号	評価実績(直近3年)	生年月日(和暦)	備考
1			第三者評価 件 外部評価 件		
2			第三者評価 件 外部評価 件		
3			第三者評価 件 外部評価 件		
4			第三者評価 件 外部評価 件		
5			第三者評価 件 外部評価 件		
6			第三者評価 件 外部評価 件		
7			第三者評価 件 外部評価 件		
8			第三者評価 件 外部評価 件		
9			第三者評価 件 外部評価 件		

※ 受講希望者の氏名は、優先順位が高い順にお書き下さい。

※ 第三者評価養成研修の修了証番号のみ記入して下さい。(継続研修の修了書番号は必要ありません)

※ 評価実績は、千葉県分として行った件数を記載して下さい。(他県等は含みません)