（様式１）

宮城県福祉サービス第三者評価機関認証（新規・更新）申請書

　　　　年　　月　　日

　宮城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　宮城県福祉サービス第三者評価認証要綱第４条（第８条第１項）の規定により、宮城県福祉サービス第三者評価機関として認証を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　第三者評価機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 評価機関として申請する法人に関する事項 | フリガナ | |  |
| 法人名(評価機関名) | |  |
| フリガナ | |  |
| 代表者職・氏名 | |  |
| 所在地 | | 〒 |
| 電話・ＦＡＸ | | ＴＥＬ( ) - 　ＦＡＸ( ) - |
| ｅ－ｍａｉｌ | |  |
| ＵＲＬ | |  |
| 福祉サービス第三者評価を実施する担当部署及び事業推進責任者等に関する事項 | 担当部署の名称 | |  |
| 担当部署の所在地 | | 〒 |
| 事業推進責任者職･氏名 | |  |
| 電話・ＦＡＸ | | ＴＥＬ( ) - 　ＦＡＸ( ) - |
| ｅ－ｍａｉｌ | |  |
| ＵＲＬ | |  |
| 評価実施分野  ※該当する項目をチェック | | 子ども分野 | □保育所　□幼保連携型認定こども園  □地域型保育事業 |
| 障害者･児分野 | □障害者・児施設 |
| 高齢者分野 | □特別養護老人ホーム  □養護老人ホーム・軽費老人ホーム  □高齢者通所介護事業　□高齢者訪問介護事業 |
| 救護施設分野 | □救護施設 |

＊１　事業推進責任者とは、認証要綱第３条第１項第２号に規定するもので資格を有している必要はありませんが、宮城県福祉サービス第三者評価業務を行うにあたり、組織において同業務を取りまとめかつ推進する立場にあり、かつ本事業についての総括的な窓口となる方で、組織の常勤職員の方１名を設置することが必要です。

＊２　宮城県福祉サービス第三者評価に関する事項について連絡調整する際、事業推進責任者と異なる方が窓口となる場合は、事業推進責任者欄の下に連絡先担当者として「職、氏名」を記載願います。

（様式２）

法　人　役　員　名　簿

　　　　年　　月　　日

法人名：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 法人の役職 | （ふりがな）  氏　　名 | 現　職 | 所属する施設・事業所の有無  （有の場合は（　）内に名称を記入） | 備考 |
| １ |  |  |  | 有（　　　　　　　　）　・　無 |  |
| ２ |  |  |  | 有（　　　　　　　　）　・　無 |  |
| ３ |  |  |  | 有（　　　　　　　　）　・　無 |  |
| ４ |  |  |  | 有（　　　　　　　　）　・　無 |  |
| ５ |  |  |  | 有（　　　　　　　　）　・　無 |  |
| ６ |  |  |  | 有（　　　　　　　　）　・　無 |  |
| ７ |  |  |  | 有（　　　　　　　　）　・　無 |  |
| ８ |  |  |  | 有（　　　　　　　　）　・　無 |  |
| ９ |  |  |  | 有（　　　　　　　　）　・　無 |  |
| １０ |  |  |  | 有（　　　　　　　　）　・　無 |  |
| １１ |  |  |  | 有（　　　　　　　　）　・　無 |  |
| １２ |  |  |  | 有（　　　　　　　　）　・　無 |  |
| １３ |  |  |  | 有（　　　　　　　　）　・　無 |  |
| １４ |  |  |  | 有（　　　　　　　　）　・　無 |  |

（様式３）

評価調査者名簿

　　年　　月　　日

法人名：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 氏　　名  （養成研修  修了番号等） | 年齢 | 資　格　要　件  （どちらかに○） | 資格要件に係る  業務内容又は  具体的資格名 | 資格要件に  係る経験年数 | 現　職 |
| １ | （　　　　　） |  | １組織運営管理業務  ２福祉・医療・保健 |  |  |  |
| ２ | （　　　　　） |  | １組織運営管理業務  ２福祉・医療・保健 |  |  |  |
| ３ | （　　　　　） |  | １組織運営管理業務  ２福祉・医療・保健 |  |  |  |
| ４ | （　　　　　） |  | １組織運営管理業務  ２福祉・医療・保健 |  |  |  |
| ５ | （　　　　　） |  | １組織運営管理業務  ２福祉・医療・保健 |  |  |  |

＊　上記氏名欄の（　　）には、本県における養成研修修了番号等を記載すること。

＊　評価調査者養成研修修了証書（写）を提出すること。

＊　上記名簿に記載した評価調査者全員分の経歴書を提出すること。

経　歴　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格要件  （いずれかに○） |  | ａ | 組織運営管理業務を３年以上経験している者又は同等の能力を有していると認められる者 | | |
|  | ｂ | 福祉、医療、保健分野の有資格者又は学識経験者で、当該業務を３年以上経験している者又は同等の能力を有していると認められる者 | | |
| 実務経験 | | | 経験年数 | 所属・勤務先 | 職名 |
| 年　月～　　年　月 | | | 年　月 |  |  |
| 年　月～　　年　月 | | | 年　月 |  |  |
| 年　月～　　年　月 | | | 年　月 |  |  |
| 年　月～　　年　月 | | | 年　月 |  |  |
| 年　月～　　年　月 | | | 年　月 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資　　格  ＊評価事業に関するものを記入 | 取得年月 | 資格名 |
| 年　月 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 養成研修受講 | 受講年月日 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 修了者番号 | 第　　　　　　　号 |

　上記のとおり、相違ありません。

所属評価機関名

　調査者住所

（ふりがな）

　調査者氏名