

<別紙2>

福祉サービス第三者評価調査者名簿

(評価機関名： _____)

* 現在、登録している評価調査者を推進機構の登録番号順に全員記入してください。

区分	推進機構登録番号	氏名	フォローアップ研修 受講履歴 (2019.4.1～ 2020.3.31)	実績件数 (2019.4.1～ 2020.3.31)	該当資格要件	評価に関する主な資格・ 経験等
1	神機構-		月 日受講		<input type="checkbox"/> 組織運営管理	
			月 日受講		<input type="checkbox"/> 福祉・医療・保健分野	
			月 日受講		<input type="checkbox"/> いずれでもない	
2	神機構-		月 日受講		<input type="checkbox"/> 組織運営管理	
			月 日受講		<input type="checkbox"/> 福祉・医療・保健分野	
			月 日受講		<input type="checkbox"/> いずれでもない	
3	神機構-		月 日受講		<input type="checkbox"/> 組織運営管理	
			月 日受講		<input type="checkbox"/> 福祉・医療・保健分野	
			月 日受講		<input type="checkbox"/> いずれでもない	
4	神機構-		月 日受講		<input type="checkbox"/> 組織運営管理	
			月 日受講		<input type="checkbox"/> 福祉・医療・保健分野	
			月 日受講		<input type="checkbox"/> いずれでもない	
5	神機構-		月 日受講		<input type="checkbox"/> 組織運営管理	
			月 日受講		<input type="checkbox"/> 福祉・医療・保健分野	
			月 日受講		<input type="checkbox"/> いずれでもない	
6	神機構-		月 日受講		<input type="checkbox"/> 組織運営管理	
			月 日受講		<input type="checkbox"/> 福祉・医療・保健分野	
			月 日受講		<input type="checkbox"/> いずれでもない	

