（様式５）

**評価調査者名簿**

　法人名（評価機関名）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名（養成研修修了者番号） | 年齢 | 資格要件（どちらかに○） | 業務内容又は具体的資格名 | 経験年数 |
| 1 | （　　　　　） |  | １ 組織運営管理２ 福祉・医療・保健等 |  |  |
| 2 | （　　　　　） |  | １ 組織運営管理２ 福祉・医療・保健等 |  |  |
| 3 | （　　　　　） |  | １ 組織運営管理２ 福祉・医療・保健等 |  |  |
| 4 | （　　　　　） |  | １ 組織運営管理２ 福祉・医療・保健等 |  |  |
| 5 | （　　　　　） |  | １ 組織運営管理２ 福祉・医療・保健等 |  |  |
| 6 | （　　　　　） |  | １ 組織運営管理２ 福祉・医療・保健等 |  |  |
| 7 | （　　　　　） |  | １ 組織運営管理２ 福祉・医療・保健等 |  |  |
| 8 | （　　　　　） |  | １ 組織運営管理２ 福祉・医療・保健等 |  |  |
| 9 | （　　　　　） |  | １ 組織運営管理２ 福祉・医療・保健等 |  |  |
| 10 | （　　　　　） |  | １ 組織運営管理２ 福祉・医療・保健等 |  |  |

　※・「１　組織運営管理」は、組織運営管理業務の3年以上の経験者又は同等の能力を有す

　　　る者をいう。

　　・「２　福祉・医療・保健等」は、福祉・医療・保健の有資格者若しくは学識経験者で当該業務の3年以上の経験者又は同等の能力を有する者をいう。

* この表を事前協議用に使用する場合、養成研修修了予定者については、氏名下の番号

　欄には修了予定年月日を記載すること。

　また、全国社会福祉協議会又は他都道府県の福祉サービス第三者評価事業の推進組織等が開催した評価調査者研修を受講した者は、その旨を記載すること。