

平成 年 月 日

福祉サービス第三者評価機関認証申請書

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会
委員長 様

青森県内における福祉サービス第三者評価機関として事業を実施するため、認証申請いたします。

評価機関を設置する法人	法人名	フリガナ			
	代表者の職・氏名	職名	フリガナ	氏名	フリガナ
	主たる事務所の所在地				
	連絡先	電話		F A X	
		Eメール			
設立年月日	年 月 日				
設置しようとする評価機関	名称	フリガナ			
	所在地				
	連絡先	電話		F A X	
		Eメール			
	代表者の職・氏名	職名	フリガナ	氏名	フリガナ
	評価予定福祉サービス	※該当するものに○をしてください。 ・福祉サービス全般 ・社会的養護関係施設			
	評価決定委員会委員数	人	評価調査者	人	
第三者評価事業に係る連絡先	担当部署				
	部署の所在地				
	連絡先	電話		F A X	
		Eメール			
担当者	職名	フリガナ	氏名	フリガナ	

※以下は記入しないでください。

受付	年	番号	種類
			新規 ・ 更新

認証・不認証	年	番号

法人の役員名簿

法人名			
評価機関名		認証番号	

No.	氏名	法人での役職	職業	任期	所属先の有無
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
15					有 () ・ 無
16					有 () ・ 無
17					有 () ・ 無
18					有 () ・ 無
19					有 () ・ 無
20					有 () ・ 無

法人の会員等状況届出書

1 当法人の運営に関する会員組織の有無

- ア あり
- イ なし

2 会員の内訳

(1) 会員のうち、福祉サービスを提供する施設や事業所の経営者又は従事者の有無

- ア あり
- イ なし

(2) (1) で「あり」と答えた場合

- ア 会員と福祉サービス事業との関係

No.	会 員 名	事 業 所 名	関 係 等
1			経営者・従事者・その他
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

注1) 会員名簿等で、上記の内容がわかる場合は、その名簿を添付してください。

注2) 数が多い場合は、必要に応じて様式を複写して記入してください。

イ 会員総数に対する福祉サービス事業者の数と対比

会員総数 (A)		福祉サービス事業者数 (B)		比率 (B/A)	%

現在の会員状況は、上記のとおりです。

なお、上記の内容に変更があった場合には、速やかに報告します。

平成 年 月 日

法人名.....

代表者..... 印

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会
委員長 様

法人名 _____

福祉サービス第三者評価調査者名簿

No.	氏名	所属・職名	推進委員会 登録番号	評価調査者養成研修受講歴		
				研修機関	修了年月	修了者証 番号
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

注1) 現在登録している評価調査者を全員記入してください。

社会的養護関係施設評価調査者養成研修修了者名簿

(社会的養護関係施設第三者評価機関の認証申請をする場合には下記もご記入ください)

No.	氏名	所属・職名	推進委員会 登録番号	社会的養護評価調査者養成研修受講歴		
				研修機関	修了年月	修了者証 番号
1						
2						
3						
4						
5						

注1) 現在登録している評価調査者を全員記入してください。

添付書類 別紙4
別紙6
(申請者⇒推進委員会)

経歴・資格証明書

区 分		評価決定委員会		評価調査者	※どちらかに○をしてください
-----	--	---------	--	-------	----------------

※あてはまる分類に○をしてください。	経 験 分 類	①福祉、医療、保健に関する有資格者で倫理綱領を有する職能団体に属している者				
		②学識経験者で福祉、医療、保健に関する業務を5年以上経験している者				
		③社会福祉法人に所属し、管理業務を5年以上経験している者				
		④社会福祉法人に所属し、福祉に関する経営相談等の業務に5年以上携わった者				
		⑤その他、医療、宗教法人等に所属する者で、福祉サービス第三者評価推進委員会基準等委員会委員長がこれと同等の能力を有していると認めた者				
	実務経験		年 数	職務内容等		
	年 月～	年 月	年 月			
	年 月～	年 月	年 月			
	年 月～	年 月	年 月			
	年 月～	年 月	年 月			
※評価事業に関するもの	資 格	取得年月		資 格 名		
		年 月				
		年 月				
		年 月				
※認知症高齢者グループホーム外部評価は除く	評 価 実 務 等	受講した 養成研修	全社協主催評価調査者研修会		全保養協主催評価調査者養成研修会	
			各都道府県推進組織主催評価調査者養成研修会（都道府県名： ）			
			その他研修会（研修会名： ）			
			社会的養護関係施設評価調査者養成研修会（主催： ）			
	実地調査年月		実地調査対象種別又は施設名			
	年 月					
	年 月					
	年 月					

上記のとおり、実務経験（資格要件含）を有していることを届け出します。

所属評価機関.....

本人住所

氏 名.....印

評価決定委員会委員名簿

法人名			
評価機関名		認証番号	

No.	氏名	所属	職業	任期	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

※ 区分について、該当するものの番号を記入してください。

第三者評価事業に係る苦情対応体制

法人名			
評価機関名		認証番号	

苦情対応窓口責任者	フリガナ 氏 名		フリガナ 職 名	
苦情対応責任者	フリガナ 氏 名		フリガナ 職 名	

受付時間	
電 話	
F A X	
E メール	

その他参考事項	

青 評 委 第 号
平 成 年 月 日

申請法人.....
代 表 者.....様

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会
委員長 印

福祉サービス第三者評価機関の認証について

平成 年 月 日付け（申請者）第 号で申請のありました標記評価機関の認証について、青森県福祉サービス第三者評価推進委員会評価機関認証要綱に基づき、青森県内における福祉サービス第三者評価機関として認証することに決定しましたので、別添のとおり通知いたします。

つきましては、評価機関認証要綱第9条に基づく登録料について、下記のとおり振り込みしてください。

記

- 1 登録料 ○○○, ○○○円（消費税及び地方消費税を含む）
- 2 振込先
(1) 口座 ○○銀行 ○○支店（普通預金）○○○○○○○
(2) 口座名義 ○○○○○○

※同封の青森銀行の振込用紙（手数料無料）をご利用ください。

- 3 振込期限
○○年○○月○○日まで

- 4 この件に関する問合せ
青森県福祉サービス第三者評価推進委員会
〒030-0822 青森市中央 3-20-30
電話 017-777-9301 FAX 017-731-3098

福祉サービス第三者評価機関認証決定通知書

法人の所在地.....

法人名.....

代表者.....

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会設置規程及び評価機関認証要綱に基づき
認証を決定します。

評価機関名

認証予定期間 登録証明書交付日～ 年 月 日まで

評価実施種別

- ・福祉サービス全般（但し、社会的養護関係施設を除く）
又は
- ・福祉サービス全般
- ・社会的養護関係施設

平成 年 月 日

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会
委員長 印

青 評 委 第 号
平 成 年 月 日

申請法人.....
代 表 者.....様

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会
委員長 印

福祉サービス第三者評価機関不認証通知書

平成 年 月 日付け（申請者）第 号で申請のありました福祉サービス第三者評価機関について、青森県福祉サービス第三者評価推進委員会評価機関認証要綱に基づき、貴法人の申請書類等と審査した結果、下記により不認証と決定しましたので通知いたします。

記

【不認証の事由】

認 証 登 録 証 明 証

青評委機関第 号

() 法人 (法人名)
(代表者) 様

() 法人 (法人名) の (評価機関名) を福祉サービス第三者
評価機関 (及び社会的養護関係施設第三者評価機関) として認証登録したことを証します。

期 間 平成 年 月 日から
平成 年 月 日まで

平成 年 月 日

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会
委員長 印

平成 年 月 日

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会
委員長 様

届出者 (所在地)

(法人名)

(代表者)印

福祉サービス第三者評価機関認証申請内容変更届

平成 年 月 日付け (申請者) 第 号で福祉サービス第三者評価機関の認証申請につきまして、下記により変更が生じたので、関係書類を添えて届出いたします。

記

変更の理由				
変更内容	変更前			
	変更後			
添付書類	①			
	②			
	③			
評価機関名				
認証番号				
連絡先	電 話		FAX	
	Eメール			
担当者	フリガナ		フリガナ	
	職 名		氏 名	

平成 年 月 日

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会
委員長 様

届出者 (所在地)

(法人名)

(代表者) 印

福祉サービス第三者評価機関認証辞退・廃止届

平成 年 月 日付け (青評委) 第 号で福祉サービス第三者評価機関の認証を受けたことにつきまして、下記のとおり福祉サービス第三者評価機関を (辞退・廃止) しますので届出いたします。

記

辞退・廃止の理由	<div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div>				
評 価 機 関	ふりがな				
	名 称				
	認証番号				
	所 在 地				
	代 表 者				
	連 絡 先	電 話		FAX	
	担 当 者	Eメール			
	フリガナ		フリガナ		
	職 名		氏 名		

青 評 委 第 号
平 成 年 月 日

申請法人.....
代 表 者.....様

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会
委員長 印

福祉サービス第三者評価機関認証取消通知書

平成 年 月 日付け（青評委）第 号で認証しました福祉サービス第三者評価機関について、調査及び審査した結果、貴法人の福祉サービス第三者評価機関の認証取消を決定しましたので通知いたします。

記

認 証 番 号		認 証 取 消 年 月 日	平 成 年 月 日	
取 消 の 理 由			
			
			
評 価 機 関	ふりがな		
	名 称		
	所 在 地		
	代 表 者		
	連 絡 先	電 話	FAX 　.....
		Eメール	
	担 当 者	フリガナ	フリガナ 　.....
職 名		氏 名 　.....	

平成 年 月 日

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会
委員長 様

届出者（所在地）

（機関名）

（代表者） 印

福祉サービス第三者評価結果報告書

福祉サービス第三者評価事業の評価結果を、下記のとおり別添（様式第9号及び第10号）により報告いたします。

記

1 事業者名

評価 調査者名	①	（青評委）	②	（青評委）
	③	（青評委）	④	（青評委）
利用者 調査	利用者数	人	実施数	人
	実施内訳	利用者本人 人、家族等 人、その他 人		
	実施方法	①面接による聞き取り調査 人 ②アンケート調査 人（回収数 人） ③その他（ ）		
自己評価	職員数	人	実施職員数	人
評価調査 者の合議	期 日		場 所	
	期 日		場 所	
評価決定 委員会	期 日		場 所	

※複数の場合は同様に、以下「2～」として記載する。

平成 年 月 日

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会
委員長 様

(所在地)

(事業者名)

(代表者)印

福祉サービス第三者評価事業の評価結果公表への同意書

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会が定めている「福祉サービス第三者評価事業
評価結果公表要綱」第3条の規定に基づき、評価結果を公表することに

1 同意します

2 同意しません

※いずれか一方を○で囲んでください。

【同意しない場合：公表を望まない理由】

平成 年 月 日

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会
委員長 様

(所在地)

(評価機関名)

(代表者)印

平成 年度福祉サービス第三者評価事業の実績報告について

福祉サービス第三者評価事業が終了しましたので、下記の関係書類を添えてご報告します。

記

1 期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

2 添付書類 (1) 評価実績報告書 (別紙: 様式第11号-②または③)
(2) その他参考資料

3 連絡先及び担当者

連絡先	電 話		FAX	
	Eメール			
担当者	職 名	フリガナ	氏 名	フリガナ
	

福祉サービス第三者評価事業実績報告書

評価機関名.....

1 評価実績

契約日	推進委員会 への報告日	種 別	事業者名	事業所所在の 市 町 村	評 価 調査者数	公表の有無
年 月 日	年 月 日				名	有 ・ 無

※必要に応じて、行数を増やし作成してください。

2 所属評価調査者名簿

氏 名	修了番号	区 分	氏 名	修了番号	区 分

3 評価決定委員会名簿

氏 名	職 名	区 分	氏 名	職 名	区 分

4 評価決定委員会の開催

評価実施事業者名	開催日	出席委員氏名
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

5 苦情対応

受付日	苦情の内容	対応	結果	完了日
年 月 日				年 月 日
年 月 日				年 月 日
年 月 日				年 月 日
年 月 日				年 月 日
年 月 日				年 月 日

6 評価を実施した上での課題、問題点

課題	
問題点	

実 績 報 告

評価機関名.....

※評価を行った事業所ごとに作成してください。また、必要に応じて、この様式を複写して作成してください。

評価実施事業者種別			
評価実施事業者の名称			
契 約 締 結 日	年 月 日	推進委員会への報告 日	年 月 日
評 価 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
評 価 調 査 者 氏 名	①		
	②		
	③		
評価決定に関する評価 決定委員会の委員氏名	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
評 価 料 金	円		
評価を実施した上での 課題、問題	【課 題】		
	【問題点】		
評 価 結 果 の 公 表	有 ・ 無		

平成 年 月 日

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会
委員長 様

(住 所) 〒 _____

(氏 名) _____ 印

福祉サービス第三者評価調査者名簿登録申請書

標記評価調査者名簿への登録について、青森県福祉サービス第三者評価推進委員会が定めている「福祉サービス第三者評価調査者名簿登録要領」第 4 条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、福祉サービス第三者評価事業のために必要な情報として、下記項目の内、注 1 にある記載内容が公表されることを承諾します。

記

評価調査者養成研修修了番号※	No. _____	修了研修名	
	評価調査者養成研修修了者証の写しを添付してください。		
ふりがな※		性 別	生 年 月 日
氏 名※		男 ・ 女	年 月 日
職 業※		役 職	
資 格※	取 得 年 月	資 格 の 名 称	
	年 月		
	年 月		

注 1) 本書式の中で、※印のついている太線で囲まれた欄の情報は、福祉サービス第三者評価事業のために必要な情報として、推進委員会での閲覧及び評価機関に対する情報公開の対象となります。

2 添付書類として、評価調査者養成研修修了者証の写し(コピー)と登録料を振り込んだ際に受領する領収証の写し(コピー)を添付してください。

平成 年 月 日

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会
委員長 様

(住 所) 〒 ー

(氏 名) 印
..... (青評委)

福祉サービス第三者評価調査者名簿登録内容変更申出書

標記評価調査者名簿の登録内容の変更について、青森県福祉サービス第三者評価推進委員会が定めている「青森県福祉サービス第三者評価推進委員会評価調査者名簿登録要領」第 8 条の規定に基づき、下記のとおり申出します。

また、福祉サービス第三者評価事業のために必要な情報として、下記項目のうち、注 1 にある記載内容が公表されることを承諾します。

記

住 所	〒 ー		
ふりがな※			
氏 名※			
職 業※		役 職	
資 格※	取 得 年 月	資 格 の 名 称	
	年 月		
	年 月		
所属評価機関※	名 称		

注 1) 本書式の中で、※印のついている太線で囲まれた欄の情報は、福祉サービス第三者評価事業のために必要な情報として、推進委員会での閲覧及び評価機関に対する情報公開の対象となります。

2 変更になった項目のみ記入してください。

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会

平成 年度評価調査者養成研修会受講申込書

ふりがな		性 別	生年月日	年 齢
氏 名		男・女		
住 所				
連絡先	電 話		携 帯	
職 業		勤務先		
所属評価機関	※所属評価機関先が決定している方のみご記入ください			
受講要件 ※該当要件に ○をしてくだ さい	(1) 福祉、医療、保健に関する有資格者で倫理綱領を有する職能団体に属している者			
	(2) 学識経験者で福祉、医療、保健に関する業務を 5 年以上経験している者			
	(3) 社会福祉法人に所属し、管理業務を 5 年以上経験している者			
	(4) 社会福祉法人に所属し、福祉に関する経営相談に 5 年以上携わった者			
	(5) その他、医療・宗教法人等に所属する者で、福祉サービス第三者評価推進委員会基準等委員会委員長がこれと同等の能力を有していると認めた者			
	実務経験期間	年 数	職務内容等	
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
年 月～ 年 月	年 ヶ月			
年 月～ 年 月	年 ヶ月			
資 格 ※評価事業に 関するものを ご記入くださ い	取得年月	資格名		
	年 月			
	年 月			
	年 月			
所属団体名				
小論文	表 題		小論文添付	

上記のとおり、申込みいたします。

平成 年 月 日 氏 名

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会委員長 様

(表面)

様式第15号

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会

評価調査者養成研修修了者証

下記の者は、青森県福祉サービス第三者評価推進委員会が実施した福祉サービス第三者評価調査者養成研修を修了したことを証する。

修了者番号	平成 年度 No. _____
氏 名	

平成 年 月 日

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会

委員長

印

評価調査者養成研修等実施要綱第13条第1項関係

(裏面なし)

青森県福祉サービス第三者評価推進委員会

評価調査者継続研修受講管理台帳

養成研修修了者番号	平成 年度 No. _____			
氏 名				
継続研修の受講歴				
No.	研修年度	研修名	確認印	備 考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

評価調査者養成研修等実施要綱第 13 条第 2 項関係