**様式Ａ**

**令和７年度評価者養成講習　申込書（個票）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  | ※整理番号 |
| 氏名 |  |  |  |
| 生年月日 | 西暦 |  |  |  |  | **年** |  |  | **月** |  |  | **日** | 性別 | 年齢 |
| 男　　　　女 | 歳　　　 |
| フリガナ |  |
| 現住所（電話番号を含め、必ず記載して下さい） |  | 都 | 道 |  | 区 | 市 |  |
| 府 | 県 | 町 | 村 |
| 〒 |  |  |  |  |  |  |  | （電話） | （ 　　　　　　） 　　　　　　　　－　　　　　　 |
| 勤務先の有無（○で囲む） | 有　　・　　無　　　　　 | ※有の場合は勤務先名、勤務先所在地を記入※無の場合は勤務先名、勤務先所在地は記入不要 |
| フリガナ |  |
| 勤務先名 |  |
| フリガナ |  |
| 勤務先所在地 |  | 都 | 道 |  | 区 | 市 |  |
| 府 | 県 | 町 | 村 |
| 〒 |  |  |  |  |  |  |  | （電話） |  |
| 推薦評価関名（法人名） |  |
| 希望 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 |  |
| コース |  |  |  |  |
| 東京都での評価者経験の有無（○で囲む） | 有　　・　　無　 | ※過去に経験有の場合は、下段に当時の評価者番号を記入 |
| **H** |

別紙「実務経験（資格取得）履歴【様式Ｂ】」のとおり、実務経験（資格要件）を有していることに相違ありません。

　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　申込者氏名（自署）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

【 備考 】

1　希望コースは、第3希望まで記入してください。第1希望が定員となった場合は、順次希望を繰り下げてコース

決定します。（同一のコースに希望が集中することがあるため、必ず第3希望まで記入してください。）

２　※の欄は記入しないでください。

 ３　申し込みは、申込者一人につき1通のみです。2通以上の申し込みは無効です。

\*申込書一式に記載された個人情報は、公益財団法人東京都福祉保健財団の個人情報保護規定に基づき適正な管理を行い、東京都福祉サービス第三者評価　評価者養成講習管理業務、評価者管理業務及び研修管理業務並びに評価機関認証管理業務以外の目的に利用することはありません。