

(認証様式5)

評価調査者名簿

法人名

(評価機関名) :

年 月 日現在

	氏名 (評価調査者番号)	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	( )		a 組織運営管理 b 福祉・医療・保健等		
2	( )		a 組織運営管理 b 福祉・医療・保健等		
3	( )		a 組織運営管理 b 福祉・医療・保健等		
4	( )		a 組織運営管理 b 福祉・医療・保健等		
5	( )		a 組織運営管理 b 福祉・医療・保健等		
6	( )		a 組織運営管理 b 福祉・医療・保健等		
7	( )		a 組織運営管理 b 福祉・医療・保健等		
8	( )		a 組織運営管理 b 福祉・医療・保健等		
9	( )		a 組織運営管理 b 福祉・医療・保健等		
10	( )		a 組織運営管理 b 福祉・医療・保健等		

※・「a 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。

・「b 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。

・この名簿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。