

(別紙1)

年 月 日

石川県知事 様

住 所 〒

氏 名

電話番号
(所属・自宅)

名 簿 登 載 申 出 書

石川県福祉サービス第三者評価調査者として登録したいので、石川県福祉サービス第三者評価調査者名簿登載要領第2条第2項の規定により申し出ます。

受講研修	
研修実施機関	
修了年月日	
資格区分	ア 組織運営管理 イ 福祉・医療・保健業務経験
保有資格 及び 主な経歴	

なお、第三者評価機関又は第三者評価機関となることを予定している法人から、評価調査者確保のため、問い合わせがあった場合、この申出書に記載された連絡先の情報（氏名、住所、電話番号）を提供することに、

- 1 同意します 2 同意しません