

(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 (いずれかに○)	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 3 1及び2		
2	()		1 組織運営管理 2 福祉・医療・保健等 3 1及び2		
3	()		1 組織運営管理 2 福祉・医療・保健等 3 1及び2		
4	()		1 組織運営管理 2 福祉・医療・保健等 3 1及び2		
5	()		1 組織運営管理 2 福祉・医療・保健等 3 1及び2		
6	()		1 組織運営管理 2 福祉・医療・保健等 3 1及び2		
7	()		1 組織運営管理 2 福祉・医療・保健等 3 1及び2		
8	()		1 組織運営管理 2 福祉・医療・保健等 3 1及び2		
9	()		1 組織運営管理 2 福祉・医療・保健等 3 1及び2		
10	()		1 組織運営管理 2 福祉・医療・保健等 3 1及び2		

※・「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・保健の有資格者又は学識経験者で当該業務の3年以上の経験者をいう。

・3は上記1・2の要件を共に満たす者をいう。

・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。