様式第１号（第３条関係）

　　　　　　　　番　　　号

　　年　　月　　日

　愛媛県知事　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

愛媛県福祉サービス第三者評価機関認証申請書

　愛媛県福祉サービス第三者評価機関認証要領第３条の規定により、第三者評価機関として認証を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　第三者評価事業に関わる連絡先等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担 当 部 署 名 |  | | | |
| 連 絡 責 任 者 | 職名 |  | 氏名 |  |
| 所　　在　　地 | 〒 | | | |
| 電話・ＦＡＸ番号 | ℡　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ  Ｅ－mail | | | |
| ホームページのＵＲＬ |  | | | |

２　添付書類

【他の都道府県で第三者評価機関の認証を受けている法人以外】

　（１）定款又は寄付行為

　（２）法人登記簿謄本又は全部事項証明書（３ヶ月以内のもの。写し可）

（３）法人の事業計画書及び事業概要

（４）決算書（新設法人は不要）

（５）役員名簿（別紙１）

（６）評価調査者名簿（別紙２）

（７）評価調査者養成研修修了証書（写し）

（８）第三者評価の手法を示す書類

（９）守秘義務に関する規程

（10）倫理規程

（11）苦情窓口及び処理に関する規程

（12）料金表

　（13）その他特に必要と認められる書類

【他の都道府県で第三者評価機関の認証を受けている法人】

　（１）他の都道府県で認証された福祉サービス第三者機関認証書の写し

（２）直近３年以内の評価実績件数

（３）役員名簿（別紙１）

（４）評価調査者名簿（別紙２）

（５）料金表

　（６）その他特に必要と認められる書類

（別紙１）

役　員　名　簿

法人名

（作成日　　　　年　　　月　　　日現在）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役職名 | 氏名 | 所属する施設・事業所の有無  （有の場合は、（　）に名称を記入） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（別紙２）

評　価　調　査　者　名　簿

法人名

（作成日　　　　年　　　月　　　日現在）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 資格要件  （いずれかに○） | 経験年数 | 業務内容又は保有資格 |
|  | ａ　組織運営管理  ｂ　福祉・医療・保健の有資格者等 |  |  |
|  | ａ　組織運営管理  ｂ　福祉・医療・保健の有資格者等 |  |  |
|  | ａ　組織運営管理  ｂ　福祉・医療・保健の有資格者等 |  |  |
|  | ａ　組織運営管理  ｂ　福祉・医療・保健の有資格者等 |  |  |
|  | ａ　組織運営管理  ｂ　福祉・医療・保健の有資格者等 |  |  |
|  | ａ　組織運営管理  ｂ　福祉・医療・保健の有資格者等 |  |  |
|  | ａ　組織運営管理  ｂ　福祉・医療・保健の有資格者等 |  |  |
|  | ａ　組織運営管理  ｂ　福祉・医療・保健の有資格者等 |  |  |
|  | ａ　組織運営管理  ｂ　福祉・医療・保健の有資格者等 |  |  |
|  | ａ　組織運営管理  ｂ　福祉・医療・保健の有資格者等 |  |  |

（注１）「ａ　組織運営管理」とは、第２条（4）ア(ア)に定める者をいう。

（注２）「ｂ　福祉・医療・保健の有資格者等」とは、第２条（4）ア（イ）に定める者をいう。