（福祉監査指導課　高野　　ＦＡＸ：０８５７－２６－８１２７）

**令和７年度　第三者評価評価調査者継続研修受講申込書**

申込書　令和７年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 評価機関名 |  | 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 番　号 | 受　　講　　申　　込　　者 |
| 氏　　　　名 | 受講希望（第１希望○、第２希望△） | これまでの評価実績（件） |
| ４／２０（日）米子市 | ６／８（日）鳥取市 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |

※受講申込者記入欄が不足する場合は、申込書をコピーして使用してください。

（注記）研修は２回開催する予定ですが、どちらか一方に受講者が偏りすぎないように調整させ

ていただく場合もありますので、どちらでも出席できる方はできるだけ第２希望も記入し

てください。

福祉監査指導課　高野　　ＦＡＸ：０８５７－２６－８１２７）

**令和７年度　第三者評価評価調査者継続研修受講申込書**

申込書　令和７年　　月　　日

|  |
| --- |
| 受　　講　　申　　込　　者 |
| 氏　　　　名 | 受講希望（第１希望○、第２希望△） | これまでの評価実績（件）※あればご記入ください。 |
| ４／２０（日）米子市 | ６／８（日）鳥取市 |
|  |  |  |  |
| 評価機関名※委嘱を受けた評価機関があればご記入ください。 |

（注記）研修は２回開催する予定ですが、どちらか一方に受講者が偏りすぎないように調整させ

ていただく場合もありますので、どちらでも出席できる方はできるだけ第２希望も記入し

てください。

受講日を調整させていただく場合の連絡先

（ご都合の良いものをご記入ください。複数でも構いません。）

|  |  |
| --- | --- |
| 電話番号 |  |
| ファクシミリ番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |