

(別添様式4)

評価調査者名簿

法人名

(評価機関名) :

平成 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。