**様式第１号**（第３条関係）

　　年　　月　　日

愛媛県　　地方局長　　様

申請者　住所

（所在地）

　　　　氏名

（名称及び代表者職・氏名）

介護員養成研修事業者・研修事業指定申請書

介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第３条第１項第１号ロに規定する介護員養成研修事業者及び介護員養成研修として指定を受けるため、愛媛県介護員養成研修事業実施要綱第３条第１項の規定に基づき、申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　研修を行う事業所(1)名　称 |  |
| (2)責任者 |  |
| (3)所在地 | 〒　　　－ |
| (4)研修担当者　職・氏名 |  |
| (5)連絡先　電話番号 |  |
| (6)　　　　ＦＡＸ番号 |  |
| ２　研修名称 | □介護職員初任者研修（通学・通信）□生活援助従事者研修（通学・通信） |
| ３　研修実施場所 | 講　義 |  |
| 演　習 |  |
| 実　習 |  |
| ４　事業開始予定年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| ５　添付書類等 |  |
| (1)研修課程 | □別添　（様式第４号） |
| (2)年間事業計画表 | □別添　（様式第５号） |
| (3)研修日程表 | □別添　（様式第６号） |
| (4)講師一覧表 | □別添　（様式第７号） |
| (5)講師履歴書及び就任承諾書 | □別添　（様式第８号及び様式第９号） |
| (6)実習施設の名称、所在地及び設置者の氏名・名称 |  |
| (7)実習施設設置者の承諾書 | □別添　（様式第10号） |
| (8)受講料等の設定方法及び改定方法 |  |
| (9)受講内容確認書及び募集案内等受講希望者に提示する書類 | □別添　（様式第11号） |
| (10)学則等 | □別添 |
| (11)使用するテキスト |  |
| (12)修了証明書（様式） | □別添 |
| (13)収支予算書 | □別添　（様式第12号） |
| (14)財政計画書 | □別添 |
| (15)前年度決算書 | □別添 |
| (16)申請者の概要及び資産状況 | □別添 |
| (17)定款その他の基本約款 | □別添 |

（注）欄が不足する場合は、別紙に記入の上添付すること。

**様式第２号**（第３条、第４条関係）

**介護員養成研修事業（通信講座）の実施について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　所（所在地） |  |
| 氏　名（名　称） |  |
| 講義を通信の方法によって行おうとする地域 |  |
| 添削指導及び面接指導の方法 | 別添（詳細に記載すること） |
| 備考 |  |

（注）１　通信講座を行う場合は、申請書に併せて本書を添付すること。

２　添削指導の課題を添付すること。

３　面接指導を行う施設の承諾書を添付すること。

**様式第３号**（第４条関係）

　　年　　月　　日

愛媛県　　地方局長　　様

申請者　住所

（所在地）

　　　　氏名

（名称及び代表者職・氏名）

介護員養成研修事業指定申請書

介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第３条第１項第１号ロに規定する介護員養成研修として指定を受けるため、愛媛県介護員養成研修事業実施要綱第４条第１項の規定に基づき、申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　研修を行う事業所(1)名　称 |  |
| (2)責任者 |  |
| (3)所在地 | 〒　　　－ |
| (4)研修担当者　職・氏名 |  |
| (5)連絡先　電話番号 |  |
| (6)　　　　ＦＡＸ番号 |  |
| ２　研修名称 | □介護職員初任者研修（通学・通信）□生活援助従事者研修（通学・通信） |
| ３　研修実施場所 | 講　義 |  |
| 演　習 |  |
| 実　習 |  |
| ４　事業開始予定年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| ５　添付書類等 |  |
| (1)研修課程 | □別添　（様式第４号） |
| (2)年間事業計画表 | □別添　（様式第５号） |
| (3)研修日程表 | □別添　（様式第６号） |
| (4)講師一覧表 | □別添　（様式第７号） |
| (5)講師履歴書及び就任承諾書 | □別添　（様式第８号及び様式第９号） |
| (6)実習施設の名称、所在地及び設置者の氏名・名称 |  |
| (7)実習施設設置者の承諾書 | □別添　（様式第10号） |
| (8)受講料等の設定方法及び改定方法 |  |
| (9)受講内容確認書及び募集案内等受講希望者に提示する書類 | □別添　（様式第11号） |
| (10)学則等 | □別添 |
| (11)使用するテキスト |  |
| (12)収支予算書 | □別添　（様式第12号） |
| (13)前年度決算書 | □別添 |

（注）欄が不足する場合は、別紙に記入の上添付すること。**様式第４号**（第３条、第４条関係）

**介護員養成研修　研修課程**

**１　介護職員初任者研修**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **科　目　名** | **時間数** | **内　　　容（記載例）** |
| １　職務の理解 | 　時間 | １　多様なサービスの理解２　介護職の仕事内容や働く現場の理解 |
| ２　介護における尊厳の保持・自立支援 | 　時間 | １　人権と尊厳を支える介護（１）人権と尊厳の保持（２）ＩＣＦ（３）ＱＯＬ（４）ノーマライゼーション（５）虐待防止・身体拘束禁止（６）個人の権利を守る制度の概要２　自立に向けた介護（１）自立支援（２）介護予防 |
| ３　介護の基本 | 　時間 | １　介護職の役割、専門性と多職種との連携（１）介護環境の特徴の理解（２）介護の専門性（３）介護に関わる職種２　介護職の職業倫理３　介護における安全の確保とリスクマネジメント（４）介護における安全の確保（５）事故予防、安全対策（６）感染対策４　介護職の安全 |
| ４　介護・福祉サービスの理解と医療との連携 | 　時間 | １　介護保険制度（１）介護保険制度創設の背景及び目的、動向（２）仕組みの基礎的理解（３）制度を支える財源、組織・団体の機能と役割２　医療との連携とリハビリテーション３　障害福祉制度及びその他制度（１）障害福祉制度の理念（２）障害福祉制度の仕組みの基礎的理解（３）個人の権利を守る制度の概要 |
| ５　介護におけるコミュニケーション技術 | 　時間 | １　介護におけるコミュニケーション（１）介護におけるコミュニケーションの意義、目的、役割（２）コミュニケーションの技法、道具を用いた言語的コミュニケーション（３）利用者・家族とのコミュニケーションの実際（４）利用者の状況・状態に応じたコミュニケーション技術の実際２　介護におけるチームのコミュニケーション（１）記録における情報の共有化（２）報告（３）コミュニケーションを促す環境 |
| ６　老化の理解 | 　時間 | １　老化に伴うこころとからだの変化と日常（１）老年期の発達と老化に伴う心身の変化の特徴（２）老化に伴う心身の機能の変化と日常生活への影響２　高齢者と健康（１）高齢者の疾病と生活上の留意点（２）高齢者に多い病気とその日常生活上の留意点 |
| ７　認知症の理解 | 　時間 | １　認知症を取り巻く状況２　医学的側面から見た認知症の基礎と健康管理３　認知症に伴うこころとからだの変化と日常生活（１）認知症の人の生活障害、心理・行動の特徴（２）認知症の利用者への対応４　家族への支援 |
| ８　障害の理解 | 　時間 | １　障害の基礎的理解（１）障害の概念とＩＣＦ（２）障害福祉の基本理念２　障害の医学的側面、生活障害、心理・行動の特徴、かかわり支援等の基礎的知識（１）身体障害（２）知的障害（３）精神障害（高次脳機能障害・発達障害を含む）（４）その他の心身の機能障害３　家族の心理、かかわり支援の理解 |
| ９　こころとからだのしくみと生活支援技術 | 　時間 | <Ⅰ　基本知識の学習>１　介護の基本的な考え方２　介護に関するこころのしくみの基礎的理解３　介護に関するからだのしくみの基礎的理解<Ⅱ　生活支援技術の学習>４　生活と家事５　快適な居住環境整備と介護６　整容に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護７　移動・移乗に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護８　食事に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護９　入浴、清潔保持に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護10 排泄に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護11 睡眠に関したこころとからだのしくみと自立に向けた介護12 死にゆく人に関したこころとからだのしくみと終末期介護<Ⅲ　生活支援技術演習>13 介護過程の基礎的理解14 総合生活支援技術演習 |
| 10　振り返り | 　時間 | １　振り返り２　就業への備えと研修修了後における継続的な研修 |
| 合　計 | 　　時間 |  |

**２　生活援助従事者研修**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **科　目　名** | **時間数** | **内　　　容（記載例）** |
| １　職務の理解 | 　時間 | １　多様なサービスの理解２　介護職の仕事内容や働く現場の理解 |
| ２　介護における尊厳の保持・自立支援 | 　時間 | １　人権と尊厳を支える介護（１）人権と尊厳の保持（２）ＩＣＦ（３）ＱＯＬ（４）ノーマライゼーション（５）虐待防止・身体拘束禁止（６）個人の権利を守る制度の概要２　自立に向けた介護（１）自立支援（２）介護予防 |
| ３　介護の基本 | 　時間 | １　介護職の役割、専門性と多職種との連携（１）介護環境の特徴の理解（２）介護の専門性（３）介護に関わる職種２　介護職の職業倫理３　介護における安全の確保とリスクマネジメント（１）介護における安全の確保（２）事故予防、安全対策（３）感染対策４　介護職の安全 |
| ４　介護・福祉サービスの理解と医療との連携 | 　時間 | １　介護保険制度（１）介護保険制度創設の背景及び目的、動向（２）仕組みの基礎的理解（３）制度を支える財源、組織・団体の機能と役割２　医療との連携とリハビリテーション３　障害福祉制度及びその他制度（１）障害福祉制度の理念（２）障害福祉制度の仕組みの基礎的理解（３）個人の権利を守る制度の概要 |
| ５　介護におけるコミュニケーション技術 | 　時間 | １　介護におけるコミュニケーション（１）介護におけるコミュニケーションの意義、目的、役割（２）コミュニケーションの技法、道具を用いた言語的コミュニケーション（３）利用者・家族とのコミュニケーションの実際（４）利用者の状況・状態に応じたコミュニケーション技術の実際２　介護におけるチームのコミュニケーション（１）記録における情報の共有化（２）報告（３）コミュニケーションを促す環境 |
| ６　老化と認知症の理解 | 　時間 | １　老化に伴うこころとからだの変化と日常（１）老年期の発達と老化に伴う心身の変化の特徴（２）老化に伴う心身の機能の変化と日常生活への影響２　高齢者と健康（１）高齢者の疾病と生活上の留意点（２）高齢者に多い病気とその日常生活上の留意点３　認知症を取り巻く状況４　医学的側面から見た認知症の基礎と健康管理５　認知症に伴うこころとからだの変化と日常生活（１）認知症の人の生活障害、心理・行動の特徴（２）認知症の利用者への対応６　家族への支援 |
| ７　障害の理解 | 　時間 | １　障害の基礎的理解（１）障害の概念とＩＣＦ（２）障害福祉の基本理念２　障害の医学的側面、生活障害、心理・行動の特徴、かかわり支援等の基礎的知識（１）身体障害（２）知的障害（３）精神障害（高次脳機能障害・発達障害を含む）（４）その他の心身の機能障害３　家族の心理、かかわり支援の理解 |
| ８　こころとからだのしくみと生活支援技術 | 　時間 | <Ⅰ　基本知識の学習>１　介護の基本的な考え方２　介護に関するこころのしくみの基礎的理解３　介護に関するからだのしくみの基礎的理解<Ⅱ　生活支援技術の学習>４　生活と家事５　快適な居住環境整備と介護６　移動・移乗に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護７　食事に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護８ 睡眠に関したこころとからだのしくみと自立に向けた介護９ 死にゆく人に関したこころとからだのしくみと終末期介護<Ⅲ　生活支援技術演習>10 介護過程の基礎的理解 |
| ９　振り返り | 　時間 | １　振り返り２　就業への備えと研修修了後における継続的な研修 |
| 合　計 | 　　時間 |  |

**様式第５号**（第３条、第４条関係）

年度　（研修名称）年間事業計画表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 回 | 開　催　地 | 日　　　程 | 受講定員 |
| 第１回 |  | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 名 |
|  |  | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 名 |
|  |  | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 名 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 名 |

**様式第６号**（第３条、第４条関係）

年度　　第　回　（研修名称）研修日程表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 時　　　間 | 科　目　名 | 担当講師 |
|  | ○○：○○～○○：○○ | （　時間） |  |  |
| 月 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 月 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 月 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 月 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |

（注）時間については休憩時間を除外して算定すること。

**様式第７号**（第３条、第４条関係）

**講師一覧表**

【事業者名】

【研 修 名】　　　　　　年度　　第　　回　（研修名称）

【研修期間】　　　　　　年　　　月　　　日　　～　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当科目 | 講　師　名 | 講師の資格・経歴等 | 講師等の基準 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(注)　「講師名」の欄には「専任・兼任の別」を併せて記入すること。**様式第８号**（第３条、第４条関係）

**年度　講師履歴書**

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ** |  |
| **氏名** |  |
| **生年月日** | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 | **年齢** | 歳 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **連絡先** | **自宅住所** |  |
| **電話番号** |  |
| **現職** | **所属住所** |  |
| **所属名** |  |
| **役職名** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **担当科目****(専任・兼任の別)** | （専任・兼任） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **担当科目に関連する資格・研修等** |  | （　　年　月 取得･修了） |
|  | （　　年　月 取得･修了） |
|  | （　　年　月 取得･修了） |
|  | （　　年　月 取得･修了） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **担当科目に関連する職歴** | **勤務先** | **業務内容** | **就業期間（年月数）** |
|  |  | 年　月　日　～　　年　月　日 |
| （　　年　月） |
|  |  | 年　月　日　～　　年　月　日 |
| （　　年　月） |
|  |  | 年　月　日　～　　年　月　日 |
| （　　年　月） |
|  |  | 年　月　日　～　　年　月　日 |
| （　　年　月） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **介護員養成研修の主な講師歴** | **介護員養成研修事業者名** | **実施年度** | **担当科目** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 本書のとおり相違ないことを証明します。　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　（講師署名）　　　　　　　　　　　　　　　※本人が自筆署名すること。 |

(注)１　「資格・研修等」、「職歴」、「講師歴」の欄が不足する場合は、裏面に記載すること。

(注)２　講師要件に関係する資格等については、免許証等、証明する書類を添付すること。

**様式第９号**（第３条、第４条関係）

**講師就任承諾書**

（　介護員養成研修事業者　）　様

　　　　年　　月　　日

住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※講師本人が自筆署名すること。

貴団体の行う愛媛県介護員養成研修の講師を、下記のとおり引き受けることを承諾します。

記

研修課程名（　介護職員初任者研修　・生活援助従事者研修　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当時期 | 担当科目 | 時間数（添削件数） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

上記のとおり、当所属職員が講師を引き受けることを承諾します。

　　　　年　　月　　日

所属団体

所属長の印

所属長

（注）講師が団体に所属する職員である場合は、所属団体の長の承諾を得ること。

**様式第10号**（第３条、第４条関係）

**介護員養成研修　実習受入承諾書**

（　介護員養成研修事業者　）　様

貴団体が実施する介護員養成研修の実習施設として、下記のとおり受講者の受入れを承諾します。

なお、実習終了後、貴団体に対し、実習実施状況報告書を提出するとともに、実習実施状況に関する記録を適正に保管することを約束します。

　　　　年　　月　　日

団体名

代表者の印

代表者名

記

**１　研修課程名（　介護職員初任者研修　・　生活援助従事者研修　）**

**２　（実習科目名）（　　時間×　日）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **実習受入施設** | **実習実施日** | **受入人数** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**合計　　　名**

**３　（実習科目名）（　　時間×　日）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **実習受入施設** | **実習実施日** | **受入人数** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**合計　　　名**

**様式第11号**（第２条、第３条、第４条関係）

**介護員養成研修受講内容確認書**

**１　開講目的**

　　・・・・

**２　研修の名称**　　　　　年度　第　　回　介護員養成研修

（　介護職員初任者研修　・　生活援助従事者研修　）

**期間**　　　　　　　月　　日～　　月　　日

**３　研修課程**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 科　目　名 | 時間 | 実施月日 | 担当講師名 | 実施施設等 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |  |

**４　知識・技術修得の確認方法、修了認定方法、欠席した場合の取扱い**

（例）筆記試験及び実技試験により確認する。

全講義、演習、実習出席をもって修了とする。ただし、〇科目までの欠席に対する

補講は……。

**５　受講資格**

（例）一般募集

**６　受講手続**

　　・・・・

**７**　**受講料**　　　　　　　　　円

内訳　実習費　　　　円、教材費　　　　円、・・・

**８　受講料支払い後の返還の可否等**

**９　研修受講時**（受講申込受付時又は初回の講義時）**における本人確認**

　　(例)　運転免許証・パスポート・国家資格等の免許証又は登録証など顔写真入りの証明書の提示により行う。提示できない場合は、戸籍謄本、戸籍抄本又は住民票の提出を求める。

本書記載のとおり受講内容の説明をしました。

　　　　　　　年　　　月　　　日

説明者職名

説明者署名

（本人自筆によること。）

介護員養成研修の受講にあたり、本書記載のとおり受講内容の説明を受けました。

 受講者署名

（本人自筆によること。）

（注）１　学則等、上記内容を記載している文書がある場合は、その文書に説明年月日と説明者の署名、受講者の署名を記して、受講内容確認書に代えて提出して差支えない。

２　複数枚にわたる場合は、割印をすること。

**様式第12号**（第３条、第４条関係）

収支予算書

　　　　年度　第　回分

（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 収　　支 | 金　額 | 算出内訳 | 備　　考 |
|  | 収入 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 支出 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 差し引き収支 |  |  |  |

（注）同一年度内に２回以上行う場合は、各回及び全体の収支予算書を提出すること。

【記載例】

収支予算書

平成○○年度　第○回分

（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 収　　支 | 金　額 | 算出内訳 | 備　　考 |
|  | 収入 | 0,000,000 |  |  |
|  | 受講料 | 0,000,000 |  |  |
|  | 支出 | 0,000,000 |  |  |
|  | テキスト代 | 000,000 | @0,000円×00人 |  |
|  | 講師謝金 | 000,000 | @0,000円×00時間 |  |
|  | 会場借料 | 000,000 | @000,000円 |  |
|  | ・・・・・ |  | ・・・・・・・・・・・・・・ |  |
|  | ・・・・・ |  | ・・・・・・・・・・・・・・ |  |
|  | ・・・・・ |  |  |  |
|  | 差し引き収支 | 0 |  |  |

**様式第13-1号**（第５条関係）

愛媛県指令　第　　号

（住所又は所在地）

（氏名又は名称）

　　　　年　　月　　日付け（　第　　号）の申請について、次のとおり指定する。

記

１　指定の種別　　介護員養成研修事業者

（　介護職員初任者研修　・　生活援助従事者研修　）

２　研修事業名　　介護員養成研修

（　介護職員初任者研修　・　生活援助従事者研修　）

（　通学　・　通信　課程　）

（３　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　年　　月　　日

愛媛県　　地方局長

**様式第13-2号**（第５条関係）

愛媛県指令　第　　号

（住所又は所在地）

（氏名又は名称）

　　　　年　　月　　日付け（　第　　号）の申請について、次のとおり指定する。

記

１　研修事業名　　介護員養成研修

（　介護職員初任者研修　・　生活援助従事者研修　）

（　通学　・　通信　課程）

（２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　年　　月　　日

愛媛県　　地方局長

**様式第14号**（第６条関係）

　　年　　月　　日

愛媛県　　地方局長　　様

住所

（所在地）

氏名

（名称及び代表者職・氏名）

介護員養成研修事業変更届出（申請）書

愛媛県介護員養成研修事業実施要綱第６条の規定に基づき、届け出（申請し）ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １(1)研修を行う事業所 |  |
| (2)責任者 |  |
| (3)所在地 | 〒　　　－　　　 |
| 　(4)担当者　職・氏名 |  |
| 　(5)連絡先　電話番号 |  |
| 　(6)　　　　ＦＡＸ番号 |  |
| ２　研修名称及び研修課程 | □介護職員初任者研修（通学・通信）□生活援助従事者研修（通学・通信） |
| ３　指定年月日及び指定番号 | 　　　　　年　　月　　日　　　　第　　　号 |
| ４　変更内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| ５　変更時期 | 　　　　　年　　月　　日 |
| ６　変更理由 |  |

（注）１　欄が不足する場合は、別紙に記入の上、添付すること。

２　変更箇所の関係資料一式を添付すること。

**様式第15号**（第７条関係）

第　　　号

　　　　年　　月　　日

　（指定介護員養成研修事業者）様

愛媛県　　地方局長

介護員養成研修事業の変更承認について（通知）

　　　　年　　月　　日付け（　第　　号）の変更申請については、申請のとおり承認したので、通知します。

　ついては、指定研修事業について、適正に実施してください。

記

１　変更を承認する研修事業名　　介護員養成研修

（　介護職員初任者研修　・　生活援助従事者研修　）

（２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**様式第16号**（第８条関係）

　　年　　月　　日

愛媛県　　地方局長　　様

住所

（所在地）

氏名

（名称及び代表者職・氏名）

介護員養成研修受講内容確認報告書

愛媛県介護員養成研修事業実施要綱第８条の規定に基づき、次のとおり提出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １(1)研修を実施する事業所 |  |
| (2)責任者 |  |
| (3)所在地 | 〒　　　－　　　 |
| 　(4)担当者　職・氏名 |  |
| 　(5)連絡先　電話番号 |  |
| 　(6)　　　　ＦＡＸ番号 |  |
| ２　研修名称及び研修課程 | □介護職員初任者研修（通学・通信）□生活援助従事者研修（通学・通信） |
| ３　研修期間 | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| ４　受講者名簿 | □別添 |
| ５　受講内容確認書 | □別添　　　名分 |

**様式第17号**（第８条関係）

　　年　　月　　日

愛媛県　　地方局長　　様

住所

（所在地）

氏名

（名称及び代表者職・氏名）

介護員養成研修事業実績報告書

介護員養成研修として、次のとおり実施したので、愛媛県介護員養成研修事業実施要綱第８条の規定に基づき、提出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １(1)研修を実施した事業所 |  |
| (2)責任者 |  |
| (3)所在地 | 〒　　　－　　　 |
| 　(4)担当者　職・氏名 |  |
| 　(5)連絡先　電話番号 |  |
| 　(6)　　　　ＦＡＸ番号 |  |
| ２　研修名称及び研修課程 | □介護職員初任者研修（通学・通信）□生活援助従事者研修（通学・通信） |
| ３　開催日時及び場所 |  |
| ４　受講者数及び修了者数 |  |
| ５　研修課程 | □別添　（様式第４号） |
| ６　研修日程表 | □別添　（様式第６号） |
| ７　担当講師一覧表 | □別添　（様式第７号） |
| ８　使用テキスト |  |
| ９　収支決算書 | □別添　（様式第18号） |
| 10　修了者名簿 | □別添　（様式第19号） |
| 11　研修の一部を受講しなかった者の名簿 | □別添 |
| 12　研修実施状況報告書 | □別添　（様式第20号） |

（注）１　欄が不足する場合は、別紙に記入の上添付すること。

２　通信制により講義を行った場合には、添削課題の成績証明書を添付すること。

**様式第18号**（第８条関係）

収支決算書

　　　　年度　第　回分

（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 収　　支 | 金　額 | 算出内訳 | 備　　考 |
|  | 収入 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 支出 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 差し引き収支 |  |  |  |

（注）同一年度内に２回以上行う場合は、各回及び全体の収支決算書を提出すること。

【記載例】

収支決算書

平成○○年度　第○回分

（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 収　　支 | 金　額 | 算出内訳 | 備　　考 |
|  | 収入 | 0,000,000 |  |  |
|  | 受講料 | 0,000,000 |  |  |
|  | 支出 | 0,000,000 |  |  |
|  | テキスト代 | 000,000 | @0,000円×00人 |  |
|  | 講師謝金 | 000,000 | @0,000円×00時間 |  |
|  | 会場借料 | 000,000 | @000,000円 |  |
|  | ・・・・・ |  | ・・・・・・・・・・・・・・ |  |
|  | ・・・・・ |  | ・・・・・・・・・・・・・・ |  |
|  | ・・・・・ |  |  |  |
|  | 差し引き収支 | 0 |  |  |

**様式第19号**（第８条関係）

介護員養成研修修了者名簿

（研修事業者の名称）

　　年度第　回　　　　　　　　　　研修

　　介護職員初任者研修　・　生活援助従事者研修

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 修了証書番号 | 姓 | 名 | セイ | メイ | 性別 | 生年月日 | 修了年月日 | 郵便番号 | 住所１ | 住所２ | 電話番号 | 本人確認実施状況 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）１　「住所１」は市又は郡及び町村名を記載し、「住所２」は、町域名以下を記載すること。

　　　２　この名簿は、印字出力したものを添付するほか、電子データ（エクセル形式又はＣＳＶ形式）による媒体で提出すること。

　　　３　本人確認については、受講申込時又は初回の講義時に実施することとし、「本人確認実施状況」の欄に実施の有無を○×で記載すること。

**様式第20-1号**（第８条関係）

**介護員養成研修　講義実施状況報告書**

研 修 名：　　　　年度　第　回　介護員養成研修（　　　　　　　　　　　　　　　）

科 目 名：

講義日時：　　　　年　　月　　日　　　：　　～　　：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **受講者氏名** | **№** | **受講者氏名** |
| **1** |  | **21** |  |
| **2** |  | **22** |  |
| **3** |  | **23** |  |
| **4** |  | **24** |  |
| **5** |  | **25** |  |
| **6** |  | **26** |  |
| **7** |  | **27** |  |
| **8** |  | **28** |  |
| **9** |  | **29** |  |
| **10** |  | **30** |  |
| **11** |  | **31** |  |
| **12** |  | **32** |  |
| **13** |  | **33** |  |
| **14** |  | **34** |  |
| **15** |  | **35** |  |
| **16** |  | **36** |  |
| **17** |  | **37** |  |
| **18** |  | **38** |  |
| **19** |  | **39** |  |
| **20** |  | **40** |  |
|  | **合計　　　名** |

（介護員養成研修事業者）が行う介護員養成研修の講師として、上記のとおり

受講者　　　名に対する講義を実施しました。

　　　　年　　月　　日

所属

職名

署名

**様式第20-2号**（第８条関係）

**介護員養成研修　演習実施状況報告書**

研 修 名：　　　　年度　第　回　介護員養成研修（　　　　　　　　　　　　　　　）

科 目 名：

演習日時：　　　　年　　月　　日　　　：　　～　　：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **受講者氏名** | **№** | **受講者氏名** |
| **1** |  | **21** |  |
| **2** |  | **22** |  |
| **3** |  | **23** |  |
| **4** |  | **24** |  |
| **5** |  | **25** |  |
| **6** |  | **26** |  |
| **7** |  | **27** |  |
| **8** |  | **28** |  |
| **9** |  | **29** |  |
| **10** |  | **30** |  |
| **11** |  | **31** |  |
| **12** |  | **32** |  |
| **13** |  | **33** |  |
| **14** |  | **34** |  |
| **15** |  | **35** |  |
| **16** |  | **36** |  |
| **17** |  | **37** |  |
| **18** |  | **38** |  |
| **19** |  | **39** |  |
| **20** |  | **40** |  |
|  | **合計　　　名** |

（介護員養成研修事業者）が行う介護員養成研修の講師として、上記のとおり

受講者　　　名に対する演習（実技）を実施しました。

　　　　年　　月　　日

所属

職名

署名

**様式第20-3号**（第８条関係）

**介護員養成研修　実習実施状況報告書**

研 修 名：　　　　年度　第　回　介護員養成研修（　　　　　　　　　　　　　　　）

科 目 名：（介護実習、訪問介護同行訪問、在宅サービス提供現場見学）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **実習日** | **時間** | **受講者氏名** | **指導担当者署名** |
| **1** |  | ～ |  |  |
| **2** |  | ～ |  |  |
| **3** |  | ～ |  |  |
| **4** |  | ～ |  |  |
| **5** |  | ～ |  |  |
| **6** |  | ～ |  |  |
| **7** |  | ～ |  |  |
| **8** |  | ～ |  |  |
| **9** |  | ～ |  |  |
| **10** |  | ～ |  |  |
| **11** |  | ～ |  |  |
| **12** |  | ～ |  |  |
| **13** |  | ～ |  |  |
| **14** |  | ～ |  |  |
| **15** |  | ～ |  |  |
| **16** |  | ～ |  |  |
| **17** |  | ～ |  |  |
| **18** |  | ～ |  |  |
| **19** |  | ～ |  |  |
| **20** |  | ～ |  |  |
|  | **合計　　　名** |

（介護員養成研修事業者）が行う介護員養成研修の実施施設として、上記のとおり

受講者　　　名に対する実習を実施しました。

　　　　年　　月　　日

所在地

施設名等

代表者名　　　　　　　　　　　　　印

（注）「指導担当者署名」の欄は、訪問介護同行訪問にあっては、実習に係る訪問介護サービスを行った

訪問介護員が署名すること。

**様式第20-4号**（第８条関係）

**介護員養成研修　講義実施状況報告書**

研 修 名：　　　　年度　第　回　介護員養成研修（　　　　　　　　　　　　　　　）

科 目 名：

研修期間：　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **受講者氏名** | **規定時間数** | **出席時間数** | **取得単位数** |
| **1** | 　 |  |  |  |
| **2** | 　 |  |  |  |
| **3** | 　 |  |  |  |
| **4** | 　 |  |  |  |
| **5** | 　 |  |  |  |
| **6** | 　 |  |  |  |
| **7** | 　 |  |  |  |
| **8** | 　 |  |  |  |
| **9** | 　 |  |  |  |
| **10** | 　 |  |  |  |
| **11** | 　 |  |  |  |
| **12** | 　 |  |  |  |
| **13** | 　 |  |  |  |
| **14** | 　 |  |  |  |
| **15** | 　 |  |  |  |
| **16** | 　 |  |  |  |
| **17** | 　 |  |  |  |
| **18** | 　 |  |  |  |
| **19** | 　 |  |  |  |
| **20** | 　 |  |  |  |
|  | **合計　　　名** |

（　学校名　）が行う介護員養成研修の講師として、上記のとおり受講者　　名に対する

講義を実施しました。

　　　　年　　　月　　　日

所属

職名

署名

(注)１　「規定時間数」欄は、学校が作成した研修計画における科目ごとの総授業時間数を記入すること。

 ２　科目名は、研修課程に基づく科目名を記入するものとし、学校等において実施する科目名を括弧書きすること。

※　次の研修については、様式第20-4号を使用するものとする。

１　対象となる研修

大学、短期大学、高等学校が実施する研修のうち、次の要件を満たす科目

（１）１課程の研修期間がおおむね年間を通じて実施される日程であること。

（２）同一の講師が３日以上担当する科目（講義）であること。

２　注意事項

（１）大学等が実施する研修であっても、夏期休暇等を利用して短期間で実施されるものは対象とならない。

（２）１教科が複数回の授業で実施されるが、毎回、講師が異なっているような場合には対象とならない。

また、年間を通じて実施する教科のうち、一部だけ別講師による授業を実施した場合は、その回は対象とせず、様式第20－1号により作成すること。

この場合、科目名は、研修課程に基づく科目名を記入するものとし、学校等において実施する科目名を括弧書きするものとする。

**様式第20-5号**（第８条関係）

**介護員養成研修　演習実施状況報告書**

研 修 名：　　　　年度　第　回　介護員養成研修（　　　　　　　　　　　　　　　）

科 目 名：

研修期間：　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **受講者氏名** | **規定時間数** | **出席時間数** | **取得単位数** |
| **1** | 　 |  |  |  |
| **2** | 　 |  |  |  |
| **3** | 　 |  |  |  |
| **4** | 　 |  |  |  |
| **5** | 　 |  |  |  |
| **6** | 　 |  |  |  |
| **7** | 　 |  |  |  |
| **8** | 　 |  |  |  |
| **9** | 　 |  |  |  |
| **10** | 　 |  |  |  |
| **11** | 　 |  |  |  |
| **12** | 　 |  |  |  |
| **13** | 　 |  |  |  |
| **14** | 　 |  |  |  |
| **15** | 　 |  |  |  |
| **16** | 　 |  |  |  |
| **17** | 　 |  |  |  |
| **18** | 　 |  |  |  |
| **19** | 　 |  |  |  |
| **20** | 　 |  |  |  |
|  | **合計　　　名** |

（　学校名　）が行う介護員養成研修の講師として、上記のとおり受講者　　名に対する

演習を実施しました。

　　　　年　　　月　　　日

所属

職名

署名

(注)１　「規定時間数」欄は、学校が作成した研修計画における科目ごとの総授業時間数を記入すること。

 ２　科目名は、研修課程に基づく科目名を記入するものとし、学校等において実施する科目名を括弧書きすること。

※　次の研修については、様式第20-5号を使用するものとする。

１　対象となる研修

大学、短期大学、高等学校が実施する研修のうち、次の要件を満たす科目

（１）１課程の研修期間がおおむね年間を通じて実施される日程であること。

（２）同一の講師が３日以上担当する科目（演習）であること。

２　注意事項

（１）大学等が実施する研修であっても、夏期休暇等を利用して短期間で実施されるものは対象とならない。

（２）１教科が複数回の授業で実施されるが、毎回、講師が異なっているような場合には対象とならない。

また、年間を通じて実施する教科のうち、一部だけ別講師による授業を実施した場合は、その回は対象とせず、様式第20－2号により作成すること。

この場合、科目名は、研修課程に基づく科目名を記入するものとし、学校等において実施する科目名を括弧書きするものとする。

**様式第20-6号**（第８条関係）

**介護員養成研修　添削指導実施状況報告書**

研 修 名：　　　　年度　第　回　介護員養成研修（　　　　　　　　　　　　　　　）

科 目 名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **受講者氏名** | **№** | **受講者氏名** |
| **1** |  | **21** |  |
| **2** |  | **22** |  |
| **3** |  | **23** |  |
| **4** |  | **24** |  |
| **5** |  | **25** |  |
| **6** |  | **26** |  |
| **7** |  | **27** |  |
| **8** |  | **28** |  |
| **9** |  | **29** |  |
| **10** |  | **30** |  |
| **11** |  | **31** |  |
| **12** |  | **32** |  |
| **13** |  | **33** |  |
| **14** |  | **34** |  |
| **15** |  | **35** |  |
| **16** |  | **36** |  |
| **17** |  | **37** |  |
| **18** |  | **38** |  |
| **19** |  | **39** |  |
| **20** |  | **40** |  |
|  | **合計　　　名** |

（介護員養成研修事業者）が行う介護員養成研修の講師として、上記のとおり

受講者　　　名に対する添削指導を実施しました。

　　　　年　　月　　日

所属

職名

署名

**様式第20-7号**（第８条関係）

**介護員養成研修　面接指導実施状況報告書**

研 修 名：　　　　年度　第　回　介護員養成研修（　　　　　　　　　　　　　　　）

科 目 名：

面接日時：　　　　年　　月　　日　　　：　　～　　：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **受講者氏名** | **№** | **受講者氏名** |
| **1** |  | **21** |  |
| **2** |  | **22** |  |
| **3** |  | **23** |  |
| **4** |  | **24** |  |
| **5** |  | **25** |  |
| **6** |  | **26** |  |
| **7** |  | **27** |  |
| **8** |  | **28** |  |
| **9** |  | **29** |  |
| **10** |  | **30** |  |
| **11** |  | **31** |  |
| **12** |  | **32** |  |
| **13** |  | **33** |  |
| **14** |  | **34** |  |
| **15** |  | **35** |  |
| **16** |  | **36** |  |
| **17** |  | **37** |  |
| **18** |  | **38** |  |
| **19** |  | **39** |  |
| **20** |  | **40** |  |
|  | **合計　　　名** |

（介護員養成研修事業者）が行う介護員養成研修の講師として、上記のとおり

受講者　　　名に対する面接指導を実施しました。

　　　　年　　月　　日

所属

職名

署名

**様式第21号**（第８条関係）

**介護員養成研修事業実績報告書（総括）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　所（所在地） |  |
| 氏　名（名　称） |  |
| 研修事業名（実施課程） |  |
| 実施期間受講者数及び修了者数 | 第　　回（　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日）　　　　　名第　　回（　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日）　　　　　名第　　回（　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日）　　　　　名計　　回、　　　名 |
| 備考 |  |

**様式第22号**（その１）（第９条関係）

　　年　　月　　日

愛媛県　　地方局長　　様

住所

（所在地）

氏名

（名称及び代表者職・氏名）

介護員養成研修事業廃止届出書

介護員養成研修について、次のとおり研修事業を廃止しますので、愛媛県介護員養成研修事業実施要綱第９条の規定に基づき、提出します。

なお、研修については、全ての課程を終了しており、関係書類は、今後次のとおり管理することとしております。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １(1)研修を実施した事業所 |  |
| (2)責任者 |  |
| (3)所在地 | 〒　　　－　　　 |
| 　(4)担当者　職・氏名 |  |
| 　(5)連絡先　電話番号 |  |
| 　(6)　　　　ＦＡＸ番号 |  |
| ２　研修名称及び研修課程 | □介護職員初任者研修（通学・通信）□生活援助従事者研修（通学・通信） |
| ３　指定年月日及び指定番号 | 　　　　　年　　月　　日　　　　第　　　号 |
| ４　廃止の時期 | 　　　　　年　　月　　日 |
| ５　廃止の理由 |  |
| ６　関係書類（名簿等）管理方法 |  |
| ７　添付書類　(1)事業実績 | □別添（研修日程及び修了者数） |
| 　(2)その他 |  |

**様式第22号**（その２）

（研修名称）　事業実績

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施年度 | 回 | 研修日程 | 修了者数 | うち、補講による者 |
|  | 第１回 | 　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 名 | 名 |
| 年度 | 第２回 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 合計 | 　回 | 名 | 名 |
|  |  | 　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 名 | 名 |
| 年度 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 合計 | 　回 | 名 | 名 |
|  |  | 　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 名 | 名 |
| 年度 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 合計 | 　回 | 名 | 名 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| 総計 |  | 　回 | 名 |  |

注１　「回」は、年度ごとに付番すること。

**様式第23号**（第10条関係）

　　年　　月　　日

愛媛県　　地方局長　　様

住所

（所在地）

氏名

（名称及び代表者職・氏名）

介護員養成研修事業休止届出書

介護員養成研修について、次のとおり研修事業を休止しますので、愛媛県介護員養成研修事業実施要綱第10条の規定に基づき、提出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １(1)研修を実施した事業所 |  |
| (2)責任者 |  |
| (3)所在地 | 〒　　　－　　　 |
| 　(4)担当者　職・氏名 |  |
| 　(5)連絡先　電話番号 |  |
| 　(6)　　　　ＦＡＸ番号 |  |
| ２　研修名称及び研修課程 | □介護職員初任者研修（通学・通信）□生活援助従事者研修（通学・通信） |
| ３　指定年月日及び指定番号 | 　　　　　年　　月　　日　　　　第　　　号 |
| ４　休止の時期 | 　　　　　年　　月　　日 |
| ５　休止の理由 |  |
| ６　休止予定期間 |  |

**様式第24号**（第11条関係）

　　年　　月　　日

愛媛県　　地方局長　　様

住所

（所在地）

氏名

（名称及び代表者職・氏名）

介護員養成研修事業再開届出書

介護員養成研修について、次のとおり研修事業を再開しますので、愛媛県介護員養成研修事業実施要綱第11条の規定に基づき、提出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １(1)研修を実施する事業所 |  |
| (2)責任者 |  |
| (3)所在地 | 〒　　　－　　　 |
| 　(4)担当者　職・氏名 |  |
| 　(5)連絡先　電話番号 |  |
| 　(6)　　　　ＦＡＸ番号 |  |
| ２　研修名称及び研修課程 | □介護職員初任者研修（通学・通信）□生活援助従事者研修（通学・通信） |
| ３　指定年月日及び指定番号 | 　　　　　年　　月　　日　　　　第　　　号 |
| ４　再開の時期 | 　　　　　年　　月　　日 |

**様式第25号**（第12条関係）

実務経験証明書

第　　　　号

　　　　年　　月　　日

（介護員養成研修事業所代表者名）　様

施設又は事業所の

所在地及び名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　職印

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　）

　次の者は、以下のとおり介護等の実務経験を有することを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生 |
| 住所（本人） | 〒　　　　－ |
| 施設（事業）種類 |  |
| 施設又は事業所名 |  |
| 職種 |  |
| 就業期間 | 　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで（　　　　日） |
| うち介護等の業務に従事した日数 | 日 |

＊実務経験については、介護福祉士国家試験の受験資格における介護等の業務の範囲の実務経験が対象となります。

＊在職１年以上は、就業期間が通算365日（１年）以上であり、かつ「うち介護等の業務に従事した日数が180日以上」をいいます。また、３年以上は、就業期間が通算1,095日（３年）以上であり、かつ「うち介護等の業務に従事した日数が540日以上」をいいます。

　実務経験証明書について、不実又は錯誤した内容の記載をした場合は、修了を取り消すことがあります。

**様式第26号**（第12条関係）

介護員養成研修受講科目免除報告書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実　施　者 | 名　称(代表者) |  |
| 住　所(所在地) |  |
| 課程 | 修了証書番号 | 修了年月日 | 修了者名 | 免除時間数 | 免除資格等 | 備　　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

（注）１　欄が不足する場合は、別紙に記入の上、添付すること。

２　免除資格を有することの証明書類（写）を添付すること。

３　免除時間数欄には、免除した時間数を記入すること。

**様式第27号**（第14条関係）

　　年　　月　　日

履　修　証　明　書

住所

（所在地）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

（名称及び代表者職・氏名）

┌指定年月日　　　　　年　　月　　日┐

└指定番号　　　　　　　第　　　　号┘

介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第３条第１項第１号ロに規定する介護員養成研修について、次のとおり履修したことを証明します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 性別 | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
|  | 男・女 |
| 研修名称及び研修課程 | □介護職員初任者研修（通学・通信）□生活援助従事者研修（通学・通信） |
| 履修した日時及び科目名(規定時間数) | 〔　　時間〕（　　　年　月　日　　：　～　：　） |
| 〔　　時間〕（　　　年　月　日　　：　～　：　） |
| 〔　　時間〕（　　　年　月　日　　：　～　：　） |
| 〔　　時間〕（　　　年　月　日　　：　～　：　） |

（注）実績報告時に、原本証明の上、写しを提出すること。