様式第２号

介護員養成研修 研修事業指定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

岐阜県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 主たる事務所の所在地 |  |
|  | 法人の名称 |  |
|  | 代表者職氏名 |  |

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の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　事業所の名称 |  |
| ２　事業所の所在地 |  |
| ３　研修の課程及び形式（該当する研修課程と形式を〇で囲むこと。） | 介護職員初任者研修課程［　通学　・　通信　］生活援助従事者研修課程 |
| ４　研修実施年度 | 年度 |
| ５　研修実施期間等 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施回 | 募集開始日 | 研修実施期間 | 受講定員 | 備考 |
| 第　　回 | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | 名 |  |
| 第　　回 | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | 名 |  |
| 第　　回 | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | 名 |  |
| 第　　回 | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | 名 |  |
| 第　　回 | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | 名 |  |

[研修実施年度に係る事業者指定申請状況]

* 申請中　　□ 指定済［ 事業者番号：　　　　　指定日：　　　　年　　月　　日 ］

【添付書類】　添付した書類について、☑を記入すること。

* 介護員養成研修 年間実施計画書（様式第１号の４）
* 研修実施計画書（様式第１号の５）
* 研修施設・設備概要（様式第１号の６）及び平面図
* 研修カリキュラム（様式第１号の７（１）又は様式第１号の７（３））
* 担当講師一覧（様式第１号の７(２)）
* 講師履歴兼就任承諾書（様式第１号の８）
* 実習計画書（様式第１号の９）及び実習施設受入承諾書（様式１号の１０）
* 研修日程表（様式第２号の２）
* 通信学習指導日程表（様式第２号の３）［通信形式の場合］

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者連絡先担当部署名 : |  | 担当者名 　: |  |
| 電話番号 : |  | メールアドレス : |  |