別記

第１号様式（第７条関係）

居宅介護職員初任者研修等指定申請書

　　　　　 年　　月　　日

　山口県知事　　　　　　　　　　様

郵便番号

所 在 地

申請者

名　　称

代 表 者

下記のとおり居宅介護職員初任者研修等を行う事業者として指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修の種類及び課程 | |  | | | | | | | | | | |
| 研修事業者 | 所在地 |  | | | | | | | 電話番号 | |  | |
| 名　称 |  | | | | | | | ＦＡＸ | |  | |
| 代表者 | 職　名 | |  | | | 氏　名 | |  | | | |
| 住　所 | |  | | | | | | | | |
| 講義及び演習又は面接指導を実施する施設の名称及び所在地 | | 名　称 | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | |
| 実習を実施する施設の名称及び所在地 | | 名　称 | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | |
| 研修の実施期間 | | 年　　月　　日から　　　年　　　年　　日まで | | | | | | | | | | |
| 研修の対象者  （受講資格） | |  | | | | | | | | | | |
| 研修の時間数 | | 講義 | 時間 | | 演習 | 時間 | | 実習 | 時間 | 合計 | | 時間 |
| 受講料等の額 | | 円 | | | | | | 受講定員 | | 人 | | |

注 用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４とする。

第２号様式（第９条関係）

居宅介護職員初任者研修等事業計画書

　　　　　 年　　月　　日

　山口県知事　　　　　　　　　　様

郵便番号

申請者 所 在 地

名　　称

代 表 者

　　　　　年度における居宅介護職員初任者研修等の事業計画について、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修の種類及び課程 | |  | | | | | | | | | | |
| 研修事業者 | 所在地 |  | | | | | | | 電話番号 | |  | |
| 名　称 |  | | | | | | | ＦＡＸ | |  | |
| 代表者 | 職　名 | |  | | | 氏　名 | |  | | | |
| 講義及び演習又は面接指導を実施する施設の名称及び所在地 | | 名　称 | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | |
| 実習を実施する施設の名称及び所在地 | | 名　称 | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | |
| 研修の実施期間 | | 年　　月　　日から　　　年　　　年　　日まで | | | | | | | | | | |
| 研修の対象者  （受講資格） | |  | | | | | | | | | | |
| 研修の時間数 | | 講義 | 時間 | | 演習 | 時間 | | 実習 | 時間 | 合計 | | 時間 |
| 受講料等の額 | | 円 | | | | | | 受講定員 | | 人 | | |

備考 用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４とする。

第３号様式（第１１条、第１３条関係）

第３号様式（第１０条関係）

居宅介護職員初任者研修等受講科目免除報告書

　　　 年　　月　　日

山口県知事　　　　　　　　　　　　様

郵便番号

指定研修事業者 所 在 地

名　　称

代 表 者

　居宅介護従業者等養成研修について、下記のとおり講義等の受講を免除したので、報告します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修の種類 |  | | | 修了年月日 | 年　　月　　日 | |
| 受講者氏名 |  | | | 生年月日 |  | |
| 免除科目 | 区 分 | 科　　　目　　　名 | | | | 時間数 |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
| 免除要件 | 資格保有 | | 資　　格　　名 | | 資格取得年月日 | |
|  | |  | |
| 研修受講 | | 研修の種類及び課程 | | 修了年月日 | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| 実務経験 | | 従事した施設名 | | 従事した職種 | |
|  | |  | |
| 従事した期間 | | 従事日数 | |
| 年　　月～　　　年　　月 | | １月あたり　　　日 | |

注：免除科目の「区分」欄は、講義、演習又は実習の別を記入すること。第４号様式（第１２条関係）

　 第　　　　　　号

修　　了　　証　　書

氏　　名

生年月日

　あなたは、厚生労働省の定める（第２条各号に掲げる研修の種類及び課程を記入）と

して山口県知事が指定した研修を修了したことを証します。

　　　　年　　月　　日

指定研修事業者

研修実施機関の長 印

備考：用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４とする。

第５号様式（第１２条関係）

|  |
| --- |
| 修了証明書（携帯用）  第　　　　号  　 氏　　名  　　 生年月日　　　　　年　　月　　日  　上記の者は、厚生労働省の定める（第２条各号に掲げる研修の種類及び課程を記入）として山口県知事が指定した研修を修了したことを証します。  　　　年　　月　　日  　　指定研修事業者 研修実施機関の長　印 |

備考：用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列７とする。

第６号様式（第１３条関係）

居宅介護職員初任者研修等事業実績報告書

　　　　　 年　　月　　日

　山口県知事　　　　　　　　　　様

郵便番号

申請者 所 在 地

名　　称

代 表 者

下記のとおり居宅介護職員初任者研修等を実施しましたので、関係書類を添えて届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修の種類及び課程 | |  | | | | | | | | | | |
| 研修事業者 | 所在地 |  | | | | | | | 電話番号 | |  | |
| 名　称 |  | | | | | | | ＦＡＸ | |  | |
| 代表者 | 職　名 | |  | | | 氏　名 | |  | | | |
| 講義及び演習又は面接指導を実施した施設の名称及び所在地 | | 名　称 | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | |
| 実習を実施した施設の名称及び所在地 | | 名　称 | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | |
| 研修の実施期間 | | 年　　月　　日から　　　年　　　年　　日まで | | | | | | | | | | |
| 研修の対象者  （受講資格） | |  | | | | | | | | | | |
| 研修の時間数 | | 講義 | 時間 | | 演習 | 時間 | | 実習 | 時間 | 合計 | | 時間 |
| 受講者数 | | 人 | | | | 修了者数 | | | | 人 | | |

備考 用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４とする。

第７号様式（第１３条関係）

第７号様式（第１３条関係）

居宅介護職員初任者研修等修了者名簿

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の種類及び課程 |  |
| 指定研修事業者 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修修了者の氏名 | 生年月日 | 修了年月日 | 修了証書の番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

備考：用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４とする。

第８号様式（第１４条関係）

居宅介護職員初任者研修等指定事業者変更届

　　　　　 年　　月　　日

　山口県知事　　　　　　　　　　様

郵便番号

申請者 所 在 地

名　　称

代 表 者

下記のとおり居宅介護職員初任者研修等事業者の指定申請に係る事項を変更しましたので、関係書類を添えて届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修の種類及び課程 | |  | | | | |
| 研修事業者 | 所在地 |  | | | 電話番号 |  |
| 名　称 |  | | | ＦＡＸ |  |
| 代表者 | 職　名 |  | 氏　名 |  | |
| 変更事項 |  | | | | | |
| 変更の内容 | 変更前 |  | | | | |
| 変更後 |  | | | | |
| 変更理由 |  | | | | | |
| 変更年月日 |  | | | | | |

備考 用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４とする。

第９号様式（第１５条関係）

居宅介護職員初任者研修等休廃止等届

　　　　　 年　　月　　日

　山口県知事　　　　　　　　　　様

郵便番号

申請者 所 在 地

名　　称

代 表 者

　休止

下記のとおり居宅介護職員初任者研修等を 廃止 したいので、あらかじめ届け出ます。

　　　　　 　再開

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修の種類及び課程 | |  | | | | |
| 研修事業者 | 所在地 |  | | | 電話番号 |  |
| 名　称 |  | | | ＦＡＸ |  |
| 代表者 | 職　名 |  | 氏　名 |  | |
| 休 止  廃 止 の 年 月 日  再 開 | |  | | | | |
| 休止の期間（予定） | | 年　　月　　から　　　　年　　　月　　日まで | | | | |
| 休 止  廃 止 の 理 由  再 開 | |  | | | | |

備考 用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４とする。