

出席簿

指定研修番号 _____

【研修実施期間 年 月 日～ 年 月 日】

事業者名 _____

番号	フリガナ 氏 名	月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()		備考 *補講実施 日等を記入
		細目名及 び時間	細目名及 び時間	細目名及 び時間	細目名及 び時間	細目名及 び時間	細目名及 び時間	細目名及 び時間	細目名及 び時間	細目名及 び時間	細目名及 び時間	細目名及 び時間	細目名及 び時間	
		時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
他事業者からの 補講受入人数														/

※原則、受講者本人が出席の署名または印鑑を押印をすること。

研 修 日 誌

研修日時	年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分		
細目名		講師氏名	
会 場			
出欠状況	出席者数 人、 欠席者数 人		
研修内容の概要			
受講者への連絡事項等		記録者 職・氏名	印

研修日時	年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分		
細目名		講師氏名	
会 場			
出欠状況	出席者数 人、 欠席者数 人		
研修内容の概要			
受講者への連絡事項等		記録者 職・氏名	印

※最低限、上記項目について記録すること。

実務経験証明書

年 月 日

(研修実施者) 様

(証明事業所等)

郵便番号 〒

所在地

法人名

代表者職・氏名 印

電話番号

下記の者は、本施設（事業所）において介護業務の従事経験を有することを証明します。

記

氏 名			生年月日	
従事職種				
勤務形態		常勤 ・ 非常勤 (月 ・ 週 日)		
勤務施設 又は事業所	種別			
	名称			
	介護保険 事業所番号			
従事期間		年 月 日 ~ 年 月 日	従事日数	日間

※「従事職種」欄には、職種名（介護職員、寮母等）を記入のほか、従事している業務内容も含めできるだけ具体的に記載してください。

実 習 記 録

事業者名 _____

【受講者番号 _____ 受講者氏名 _____】

実施年月日	年 月 日	実施時間	時 分～ 時 分	昼休み（ 分）
実習を行った 細目名				
実習先施設等 種別及び名称				
実習内容	実施時間	実習の内容（具体的に記入してください）		
	： ～ ：			
	： ～ ：			
	： ～ ：			
	： ～ ：			
	： ～ ：			
	： ～ ：			
	： ～ ：			
	： ～ ：			
	： ～ ：			
	： ～ ：			
	： ～ ：			
	： ～ ：			
	： ～ ：			
自己評価（反省・改善すべき点） ※受講生記入欄				
実習での感想・気づいた点 ※受講生記入欄				
実習指導者の 評価・確認印	全体評価		実習指導者の職種・資格及び氏名	
			印	

※最低限、上記項目について記録すること。

年 月 日

受 講 証 明 書

所在地

補講実施事業者名

代表者職・氏名

群馬県介護員養成研修実施要綱第8条の規定により実施した補講について、下記のとおり証明します。

記

1. 補講受講者について

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日生
補講受講者氏名				
欠席した研修の事業者名称				
欠席した研修の名称及び研修指定番号				
補講の対象となった細目名	①	(時間)		
	②	(時間)		
	③	(時間)		

2. 受講した研修について

受講した研修の名称及び研修指定番号				
受講した日時及び細目名	①	(年 月 日 時 ~ 時)		
	②	(年 月 日 時 ~ 時)		
	③	(年 月 日 時 ~ 時)		

修了評価表（介護職員初任者研修課程）

指定研修番号		受講者番号	
氏名		生年月日	

講義	評価	実技演習	評価
筆記試験		整容	
		移動・移乗	
		食事	
		入浴・清潔保持	
		排泄	
		睡眠	

○評価表の見方

区分	到達すべき水準
合格	「各科目の到達目標、評価、内容」（取扱細則別添1）に定める「修了時の評価ポイント」の水準に到達している
不合格	上記に至っていない

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業者名

代表者職・氏名

印

修了評価表（生活援助従事者研修課程）

指定研修番号		受講者番号	
氏名		生年月日	

講義	評価	実技演習	評価
筆記試験		移動・移乗	

○評価表の見方

区分	到達すべき水準
合格	「各科目の到達目標、評価、内容」（取扱細則別添6）に定める「修了時の評価ポイント」の水準に到達している
不合格	上記に至っていない

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業者名

代表者職・氏名

印

再交付修了証明書
(A4縦)

介護員養成研修 (課程) 修了証明書

次の者について、介護員養成研修 (課程) を修了したことを証明します。

氏 名

生 年 月 日

修了証明書番号

修了年月日

交付年月日

事業者名

代表者名