

介護員養成研修 指定申請書

法人で文書番号を取得している場合は記載してください。

第●号

令和●年●月●日

群馬県知事 あて

募集開始の30日前までに申請してください。

(申請者)

郵便番号

〒●●●●-●●●●

所在地

群馬県前橋市大手町●●

法人名

株式会社●●

代表者職・氏名

代表取締役 ●● ●●

担当者名

▲▲ ▲▲

電話番号 (担当)

●●●●-●●●●-●●●●

介護員養成研修の指定を受けたいので、群馬県介護員養成研修事業者指定要領第5条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 添付書類 (該当するものにチェックすること)

No.	事業者指定添付書類一覧	チェック欄
1	カリキュラム及び日程表 (様式第2-1号)	✓
2	実習実施計画 (様式第2-2号)	✓
3	当該年度の当該研修にかかる収支予算書	✓
4	修了証明書・修了証明書 (携帯用) の様式	✓
5	筆記試験の問題 (1回分)	✓

講義を通信の方法により実施する場合のみ

6	通信による研修事業実施計画 (様式第2-3号)	✓
---	-------------------------	---

事業者以外が所有する会場を使用して研修を実施する場合のみ

7	研修実施期間内の使用承諾書等の写し	
---	-------------------	--

カリキュラム及び日程表 (令和●年度 第●回)

事業者名	株式会社●●		
研修課程	介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程		
名称	株式会社●●介護職員初任者研修		
形式	通学・通信		
募集開始日	令和●年●月●日		
定員	40人		

講義及び演習

実施年月日	時間	時間数			細目番号	細目名	会場	
		講義	演習	独自				
令和●年●月●日	9:00 ~ 10:00			1	開校式・オリエンテーション	●●	●●	
令和●年●月●日	10:10 ~ 12:10	2		(1)	多様なサービスの理解	●▲	▲●	
令和●年●月●日	13:00 ~ 17:30	4		(2)	介護職の仕事内容や働く現場の理解	●▲	▲●	
	~							
	~							
	~							
	~							
	~							
	~							
令和●年●月●日	9:00 ~ 9:30			0.5	実習オリエンテーション	×▲	▲×	
	~							
	~							
	~							
	~							
	~							
	~							
	~							
令和●年●月●日	13:00 ~ 15:00	2		(37)	振り返り	▲×	×▲	
令和●年●月●日	15:10 ~ 17:10	2		(38)	就業の備えと研修終了後における継続的な研修	▲×	×▲	
令和●年●月●日	14:00 ~ 15:00			1	筆記試験	×▲	▲×	
令和●年●月●日	15:10 ~ 16:00	1			修了式	×▲	▲×	
合計時間数		13.5						

- ※ 規定時間数以上のカリキュラムを組むことは差し支えない。
- ※ 独自に追加した科目がある場合には、細目番号欄は空欄とし、内容欄にその内容を記載すること。
- ※ 「職務の理解」はカリキュラムの最初に、「振り返り」は最後に実施すること。
- ※ 複数の会場を使用する場合は、会場欄を分割して記載すること。

実習実施計画 (令和●年度第●回)

事業者名 株式会社●●
 研修実施期間 令和●年●月●日 ~ 令和●年●月●日

1 実習について

実習実施期間	細目番号	細目名	1日あたりの時間数	実習を実施する日数	合計時間数
令和●年●月●日 ~ 令和●年●月●日	(1)	多様なサービスの理解	6	1	6.0
	(2)	介護職の仕事内容や働く現場の理解			
令和●年●月●日 ~ 令和●年●月●日	(37)	振り返り	6	1	6.0
	(38)	就業の備えと研修終了後における継続的な研修			
合計				2	12.0

2 実習実施施設について

6~30時間で実施してください。

施設名	1日あたりの受入人数	期間中の受入人数の合計
特別養護老人ホーム●● (見学)	20	160
介護老人保健施設▲▲	5	40
合計	25	200

実習実施期間内の受入人数の合計を入力してください。

※ 受け入れ人数の合計は、定員を上回るようにすること。

通信の方法により行う研修事業実施計画

事業者名 株式会社●●

課程名 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程

研修実施期間 令和●年●月●日 ～ 令和●年●月●日

提出回	細目番号	細目名	課題送付時期	課題提出期限
第1回	(3)	人権と尊厳を支える介護	令和●年●月●日	令和●年●月●日
	(4)	自立に向けた介護		
第2回	(10)	医療との連携とリハビリテーション	令和●年●月●日	令和●年●月●日
	(11)	障害者自立支援制度及びその他制度		
第3回			年 月	
第4回			年 月 日	年 月 日
第5回			年 月 日	年 月 日

第1回の課題送付から最終回の課題提出期限まで4週間以上期間を設けてください。