

介護員養成研修修了者名簿

研修事業者名	株式会社●●	研修課程	介護職員初任者研修課程	指定研修番号	20●●-●●	研修指定年月日	令和●●年●●月●●日
--------	--------	------	-------------	--------	---------	---------	-------------

氏名	フリガナ	性別	生年月日	住所	修了証明書番号	修了年月日	科目免除該当要件	免除時間	備考
例 群馬 太郎	グンマ タロウ	男	1970/1/1	群馬県前橋市大手町1-1-1	2019-1-初-1	2018/7/20			
1	×× ●●	ハツハツ マルマル	男	19●●/●●/●●	群馬県前橋市大手町1-1-2	20●●-●●-初-1	20●●/●●/●●		
2	●● ××	マルマル ハツハツ	女	19●●/●●/●●	群馬県前橋市大手町1-1-3	20●●-●●-初-2	20●●/●●/●●	介護業務従事経験者	6
3	▲▲ ■■	サンカクサンカク シカクシカク	男	19●●/●●/●●	群馬県前橋市大手町1-1-4	20●●-●●-初-3	20●●/●●/●●	入門的研修（基礎・入門講座）修了者	14
4	■■ ▲▲	シカクシカク サンカクサンカク	女	19●●/●●/●●	群馬県前橋市大手町1-1-5	20●●-●●-初-4	20●●/●●/●●		
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

- ※ 修了者数に応じて、欄を増減のこと。
- ※ エクセル表で作成保存したデータを提出すること。
- ※ 研修受講途中で改姓のあった受講者については、関係する証明書等を添付すること。
- ※ 科目免除該当要件欄は科目免除を行った場合に、「介護業務従事経験者」、「生活援助従事者研修課程修了者」、入門的研修（基礎・入門講座修了者）、入門的研修（入門講座のみ修了者）、認知症介護基礎研修修了者、訪問介護に関する三級課程修了者のいずれかを記載すること。
- ※ 免除時間欄は科目免除を行った場合に、免除時間の合計を記載すること。