様式第25号

福岡県介護員養成研修指定事業報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

福岡県知事　　殿

所 在 地

事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者番号

代表者の職・氏名

　福岡県介護員養成研修事業者指定要綱第１３条の規定により、下記のとおり報告します。

記

１ 前年度の研修実施状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 計画書提出年月日 | | 年　　月　　日 |
| 研修の課程 | | 介護職員初任者研修　・　生活援助従事者研修 |
| 研修の形式 | | 通学形式　・　通信形式 |
| ① | 実施期間 | 年 月 日～　　 年　　月　　日 |
| 修了証明書発行者数 | 人（通常報告分・修了者追加報告分）※いずれかに○ |
| 修了証明書発行年月日 | 年　　月　　日付け |
| ② | 実施期間 | 年 月 日～　　 年　　月　　日 |
| 修了証明書発行者数 | 人（通常報告分・修了者追加報告分）※いずれかに○ |
| 修了証明書発行年月日 | 年　　月　　日付け |
| ③ | 実施期間 | 年 月 日～　　 年　　月　　日 |
| 修了証明書発行者数 | 人（通常報告分・修了者追加報告分）※いずれかに○ |
| 修了証明書発行年月日 | 年　　月　　日付け |

２　添付書類

|  |  |
| --- | --- |
| チェック欄 | 提　出　書　類　一　覧 |
|  | 修了者名簿 |
|  | 今年度の研修計画書 |

３　事務担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファクシミリ番号 |  |
| メールアドレス |  |