様式第２号（第11条,第16条関係）

介護員養成研修事業に係る変更届出書

　　年　　月　　日

高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

事業所番号

下記のとおり、介護員養成研修事業の指定の内容を変更しましたので、届け出ます。

記

１　研修課程　　　　　　　　　　　　課程（　通学　・　通信　）

２　変更年月日　　　　年　　　月　　　日

３　変更内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 変　更　が　あ　っ　た　項　目 | 変　　更　　の　　内　　容 |
| 1 | 研修課程 | （変更前） |
| ２ | 事業所の所在地 |
| ３ | 定款その他の基本約款 |
| ４ | 登記事項 |
| ５ | 研修担当者の人員体制（組織図） |
| ６ | 学則 |
| ７ | 研修カリキュラム |
| ８ | 講師一覧表 |
| ９ | 講師履歴書及び就任承諾書 | （変更後） |
| 10 | 実習施設一覧表及び実習施設承諾書 |
| 11 | 通信実施方法 |
| 12 | 講義室及び演習室の会場見取図（配置図） |
| 13 | 実技又は修了評価の方法 |
| 14 | 研修カードの様式 |
| 15 | 修了証明書の様式 |
| 16 | 情報の開示体制が確認できる書類 |
| 17 | 指定研修の指定内容 |

　　※該当する項目番号に○を付してください。

　　※変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第３号（第12条関係）

介護員養成研修事業廃止（休止・再開）届出書

　　年　　月　　日

高知県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者番号

年　　月　　日付けで指定を受けた介護員養成研修事業を廃止（休止・

再開）しましたので届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 課程及び形式 | 課程（通学・通信） |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃止　・　休止　・　再開 |
| 廃止・休止・再開した年月日 | 年　　月　　日 |
| 廃止・休止した理由 |  |
| 【休止の場合】  休止予定期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 【廃止の場合】  修了者名簿の管理者 | 事業者名：  所 在 地：  電話番号： |

様式第４号（第13条関係）

介護員養成研修指定申請書

　　年　　月　　日

高知県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者番号

　高知県介護員養成研修事業実施要綱第13条の規定に基づき研修事業を実施したいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

　１　研修の名称

　２　課程及び形式　　　　　　　　　　　　　　　研修課程（通学・通信）

　３　研修の期間　　　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

（募集開始予定日　　　　　年　　　　月　　　　日）

　４　定員　　　　　　　　　名

　５　関係書類　（※添付している書類にチェック）

* 研修日程表（様式第４－２号）
* 科目別レポート提出期限（様式第４－３号）

【※通信の方法によって行う場合のみ】

* 実習施設使用承諾書（様式第４－４号）

【※実習を行う場合のみ】

* 借り上げた講義室・演習室の使用承諾書（様式第４－５号）

【※借り上げた場合のみ】

* 実技演習で使用する備品一覧（様式第４－６号）
* 重要事項説明書
* 研修事業予算書
* その他