様式第１号（第８条関係）

介護員養成研修事業者指定申請書

　　年　　月　　日

　高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第３条第１項ロの事業者として、高知県介護員養成研修事業実施要綱第８条の規定に基づき事業者の指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

　　　１　課程及び形式　　　　　　　　　　　　　　　課程（通学・通信）

　　　２　県内事業所の所在地

　　　３　研修開始予定年月日　　　　　　年　　月　　日

　　　４　年間の講座開催回数　　　　　　　　回開催予定

　　　５　１講座当たりの定員　　　　　　　　　　名予定

　　　６　関係書類（※添付している書類にチェック）

* 申請者が法人であるときは、定款その他の基本約款及び登記事項証明書
* 申請者が法人であるときは、資産状況（貸借対照表）
* 収支予算書及び向こう２年間の財政計画
* 研修担当者の人員体制（組織図）
* 学則（様式第１－２号）
* 研修カリキュラム（様式第１－３号又は第１－４号）
* 講師一覧表（様式第１－５号又は第１－６号）
* 講師履歴書及び就任承諾書（様式第１－７号）の写し
* 実習施設一覧表（様式第１－８号）【※実習を行う場合のみ】
* 実習施設承諾書（様式第１－９号）【※実習を行う場合のみ】
* 通信実施方法（様式第１－10号） 【※通信の方法によって行う場合のみ】
* 講義室及び演習室の会場見取図（配置図）
* 実技評価の方法（実技評価基準）
* 修了評価の方法（修了評価基準）
* 研修カードの様式
* 修了証明書及び修了証明書（携帯用）の様式
* 情報の開示体制が確認できる書類
* その他