様式第１号（第６条関係）

介護員養成研修事業者指定申請書

　　年　　月　　日

　香川県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

下記の介護員養成研修を行うことについて、介護保険法施行令（平成１０年政令第４１２号）第３条第１項第１号ロの事業者として指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

　　　１　研修の名称

□介護職員初任者

□生活援助従事者

　　　２　課程及び形式　　　　　　　　　　　　　　　　研修課程（通学・通信）

　　　３　県内事業所の所在地

　　　４　研修開始予定年月日　　　　　　年　　月　　日

　　　５　年間の講座開催回数　　年間　　回開催予定

　　　６　１講座当たりの定員　　定員　　名予定

　　　７　関係書類

* 申請者が法人であるときは、定款その他の基本約款
* 〃　　　　　　法人の登記事項証明書
* 〃　　　　　　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・シラバス（介護職員初任者研修）（様式第１－３号）
* 〃　　　　　 　（生活援助従事者研修）（様式第１－４号）
* 講師一覧表（介護職員初任者研修）（様式第１－５号）
* 〃　　（生活援助従事者研修）（様式第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）
* 実習施設承諾書（様式第１－９号）
* 実習修了証明書の様式
* 実習日誌の様式
* 通信実施方法（様式第１－１０号）
* 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