介護員養成研修事業実績報告書

様式第９号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

千葉県知事　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　番　号

　　　　年　月　日付け千葉県健指指令第　　号で指定を受けた介護員養成研修事業が、下記のとおり終了したので、千葉県介護員養成研修事業指定事務取扱要綱１２の規定により報告します。

記

１　研修方法（該当個所に〇を付すこと。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修課程 |  | 研修方法 | 通学・通信 |

２　研修の実施期間

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 研　修　期　間 | 受講者数 | 修了者数 | 備考  （補講者の状況等） |
|  | 年　 月　 日 ～ 年　 月　 日 | 名 | 名 |  |
|  | 年　 月　 日 ～ 年　 月　 日 | 名 | 名 |  |
|  | 年　 月　 日 ～ 年　 月　 日 | 名 | 名 |  |

３　研修修了者及び研修実施内容

（１）修了者名簿（様式第10号）

（２）出欠状況が確認できるもの（講義・演習・実習）

（３）補講者の状況及び対応がわかるもの

（４）実施研修カリキュラム

（５）受講免除の内容

（６）収支決算書