

介護員養成研修事業実績報告書

第 号
年 月 日

千葉県知事 様

所在地
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○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