第１号様式

現任介護職員等研修支援事業に係る研修計画書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | | | |  |  | |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  |
| 事業所（施設） | | 名　称  派遣会社  審査欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修参加者  氏　名（１） | | | ふりがな | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | 職種 | | | 経験年数  　　年　月 | | | 生年月日  　　年　月　　日 |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 派遣しようとする（講師派遣）する研修 | | | 研修名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施主体 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修日程 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象の研修日数（A） | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修参加者  氏　名（２） | | | ふりがな | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | 職種 | | | 経験年数  　　年　月 | | | 生年月日  　　年　月　　日 |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 派遣しようとする（講師派遣）する研修 | | | 研修名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施主体 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修日程 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象の研修日数（A） | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修参加者  氏　名（３） | | | ふりがな | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | 職種 | 経験年数  　　年　月 | | | | 生年月日  　　年　月　　日 |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| 派遣しようとする（講師派遣）する研修 | | | 研修名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施主体 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修日程 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象の研修日数（A） | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象の研修日数(A)の合計日数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（B） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 派遣依頼を行う代替職員の職種等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職種(資格) | 従事業務 | | | | | 勤務形態 | | | | | | | 派遣期間 | | | | | | | | | | | | 派遣予定日数（C） | |
|  |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| 派遣予定日数(C)の合計日数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（D） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |

※１　原則として、対象となる研修日数（Ａ）の合計日数（B）が、派遣予定日数（C）の合計日数（D）を４で除して得た数を上回ること。　　　（B）　≧　（D）　÷　　４

　※２　受講しようとする研修については、適宜、記入欄を増やし、記入すること。

　※３　受講しようとする研修内容が良く分かるよう、研修の実施要領若しくは研修のパンフレット等を添付すること。

　※４　受講する研修申込書の写し、受講しようとする者の雇用契約等の写しを添付すること

　※５　研修計画は、原則として、事業所単位でかつ年間を通して、人員の配置基準を満たすよう、作成するものとする。

　※６　研修参加者が３名を超える場合には、適宜、記入欄を増やし、作成すること

第２号様式

第　　　　号

年　　月　　日

人材派遣会社

代表取締役　　 殿

事業所名

施設長名　　　　　　　　　　　㊞

責任者名

　電話番号

　　平成２４年度現任介護職員等研修支援事業派遣依頼申請書

このことについて、次のとおり代替職員を派遣されるよう関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職種 | 勤務形態 | 派遣期間 | 業務内容 | 派遣場所 |
| １ |  |  | 年　月　日  年　月　日 |  |  |
| ２ |  |  | 年　月　日  年　月　日 |  |  |
| ３ |  |  | 年　月　日  年　月　日 |  |  |

　※１　表の記入欄が足りないときは、適宜、付け加えて、作成すること。

　※２　第1号様式「現任介護職員等研修支援事業に係る研修計画書」を添付すること。

第３号様式

第　　　　号

年　　月　　日

事業所名

代表者　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人材派遣会社

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役

　　平成２４年度現任介護職員等研修支援事業承認通知書

平成　年　月　日付け文書で依頼のあったこのことについて、承認しますので、

次のとおりお知らせします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 性別 | 職種  (資格) | 勤務形態 | 派遣期間 | 派遣日数 | 派遣事業所等 |
| １ |  |  |  |  | 年　月　日  年　月　日 |  |  |
| ２ |  |  |  |  | 年　月　日  年　月　日 |  |  |
| ３ |  |  |  |  | 年　月　日  年　月　日 |  |  |

　※　表の記入欄が足りないときは、適宜、付け加えて、作成すること。

第４号様式

第　　　　号

年　　月　　日

事業所名

代表者　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人材派遣会社

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役

　　平成２４年度現任介護職員等研修支援事業不承認通知書

平成　年　月　日付け文書で依頼のあったこのことについて、次のとおり承認できません。

（※審査済の第１号様式のコピーを添付）

第５号様式

第　　　　号

年　　月　　日

香川県健康福祉部

長寿社会対策課長　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人材派遣会社

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役

平成２４年度現任介護職員等研修支援事業

代替職員派遣実績報告書

平成　年　月　日付けで下記のとおり、代替職員を下記の事業所等に派遣することとしたので、お知らせします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 性別 | 資格  (職種) | 勤務形態 | 派遣期間 | 派遣事業所等 |
|  |  |  |  |  | 年　月　日  年　月　日 |  |
|  |  |  |  |  | 年　月　日  年　月　日 |  |
|  |  |  |  |  | 年　月　日  年　月　日 |  |
|  |  |  |  |  | 年　月　日  年　月　日 |  |
|  |  |  |  |  | 年　月　日  年　月　日 |  |
|  |  |  |  |  | 年　月　日  年　月　日 |  |
|  |  |  |  |  | 年　月　日  年　月　日 |  |
|  |  |  |  |  | 年　月　日  年　月　日 |  |

　※　表の記入欄が足りないときは、適宜、付け加えて、作成すること。

第１号様式

現任介護職員等研修支援事業に係る研修計画書　（記載例）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | | | | ３ | ７ | | ０ | ０ | ０ | | ０ | | ０ | ０ | | ０ | ０ |
| 事業所（施設） | | 名　称　介護老人保健施設　香川県長寿社会村  派遣会社審査欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地　高松市番町４－１－１０ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | 介護老人保健施設 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修参加者  氏　名（１） | | | かがわ　たろう | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | 職種 | | | | 経験年数  ３年３月 | | | 生年月日  S50年2月22日 |
| 香川　　太郎 | | | | | | | | | | | | 男 | | | | 介護福祉士 | | | |
| 派遣しようとする（講師派遣）する研修 | | | 研修名 | | | | | | | | | 認知症介護実践者研修（実践者） | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施主体 | | | | | | | | | 香川県 | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修日程 | | | | | | | | | 平成２５年１月１２日　～　１月１７日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象の研修日数（A） | | | | | | | | | ６日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修参加者  氏　名（２） | | | たかまつ　はなこ | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | 職種 | | | 経験年数  10年２月 | | | 生年月日  Ｓ45年5月5日 |
| 高松　花子 | | | | | | | | | | | | 女 | | | | | 介護支援専門員 | | |
| 派遣しようとする（講師派遣）する研修 | | | 研修名 | | | | | | | | | 主任介護支援専門員研修 | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施主体 | | | | | | | | | 香川県 | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修日程 | | | | | | | | | 平成２４年１２月８日　～　　２５年２月１５日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象の研修日数（A） | | | | | | | | | ９日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修参加者  氏　名（３） | | | にほん　さくらこ | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | 職種 | 経験年数  　５年６月 | | | | 生年月日  S60年1月22日 |
| 日本　桜子 | | | | | | | | | | | | 女 | | | | | | 介護職員 |
| 派遣しようとする（講師派遣）する研修 | | | 研修名 | | | | | | | | | 介護福祉士受験対策講座 | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施主体 | | | | | | | | | ○○○○ | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修日程 | | | | | | | | | 平成２４年１２月７日　～　　１２月１８日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象の研修日数（A） | | | | | | | | | １０日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象の研修日数(A)の合計日数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（B） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ２５日 | | |
| 派遣依頼を行う代替職員の職種等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職種(資格) | 従事業務 | | | | | 形態 | | | | 派遣期間 | | | | | | | | | | | | | | | 派遣予定日数（C） | |
| 介護職員 | 介護業務 | | | | | 日勤 | | | | ２４年１２月１日　～　２月１２日 | | | | | | | | | | | | | | | ５０日 | |
| 介護職員 | 介護業務 | | | | | 日勤 | | | | ２４年１２月１日　～　２月１２日 | | | | | | | | | | | | | | | ５０日 | |
|  |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 派遣予定日数(C)の合計日数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（D） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | １００日 | |

※１　原則として、対象となる研修日数（Ａ）の合計日数（B）が、派遣予定日数（C）の合計日数（D）を４で除して得た数を上回ること。　　　（B）　≧　（D）　÷　　４

　※２　受講しようとする研修については、適宜、記入欄を増やし、記入すること。

　※３　受講しようとする研修内容が良く分かるよう、研修の実施要領若しくは研修のパンフレット等を添付すること。

　※４　受講する研修申込書の写し、受講しようとする者の雇用契約等の写しを添付すること

　※５　研修計画は、原則として、事業所単位でかつ年間を通して、人員の配置基準を満たすよう、作成するものとする。

６　研修参加者が３名を超える場合には、適宜、記入欄を増やし、作成すること

第２号様式　　　　　　　　　　　　　（記載例）

平成２４年５月○○日

人材派遣会社

　代表取締役　　　　　　　　　　　　　　殿

事業所名　介護老人保健施設

　　　　　　香川県長寿社会村

施設長名　　長寿　太郎　　㊞

責任者名　　　長寿　次郎

　電話番号　087-832-3268

　　平成２４年度現任介護職員等研修支援事業派遣依頼申請書

このことについて、次のとおり代替職員を派遣されるよう関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職種 | 形態 | 派遣期間 | 業務内容 | 派遣場所 |
| １ | 介護職員 | 日勤 | 24年12月1日  25年2月12日 | 介護業務 | 介護老人保健施設　香川県長寿村 |
| ２ | 介護職員 | 日勤 | 24年12月1日  25年2月12日 | 介護業務 | 介護老人保健施設　香川県長寿村 |

　※１　表の記入欄が足りないときは、適宜、付け加えて、作成すること。

　※２　第1号様式「現任介護職員等研修支援事業に係る研修計画書」を添付すること。