様式７（要綱第６条関係）

**介護員養成研修指定申請書**

第　　　　　　号

　年　月　日

茨城県知事　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研修担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Eメール

　介護員養成研修の指定を受けたいので，茨城県介護員養成研修事業指定要綱第６条第１項の規定により，下記のとおり申請します。

記

１　研修の名称

２　研修課程　　　（　介護職員初任者研修課程　・　生活援助従事者研修課程　）

３　事業実施場所

４　研修形式　　　（　通学　・　通信　）

５　研修定員

　　　　　　　名

６　研修時期及び期間

　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日（　　　日間）

※研修カリキュラム（様式8）を添付のこと。

７　募集時期

　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

８　研修学則（別紙）

９　講師担当科目一覧表（様式9），講師履歴書（様式10），資格証の写し（別紙）

10　研修使用テキスト（別紙）

11　研修事業予算書（別紙）

* + - 以下については，実習を実施する場合に限り添付すること

12　実習施設設置者承諾書及び利用計画書（様式11）（別紙）

※介護員養成研修事業者指定申請と併せて行う場合には，上記9の書類は省略して差し支えありません。