様式第１号

介護員養成研修事業者指定申請書

　　年　　月　　日

宮城県知事　　　　　　　殿

　　　　　　 所在地

　　　　事業者名

　　代表者の職・氏名

　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号の規定により、介護員養成研修事業者として指定を受けたいので、宮城県介護員養成研修事業者指定要領第３の規定により、必要書類を添付して申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修課程及び形式※１ | | 介護職員初任者研修 | |  | 通学形式 |  | 通信形式 |
| 生活援助従事者研修 | |  | 通学形式 |  | 通信形式 |
| 研修事業の名称※２ | | 介護職員  初任者研修 |  | | | | |
| 生活援助  従事者研修 |  | | | | |
| 初回研修 | 介護職員  初任者研修 | 募集期間 | 年　月　日～　　年　月　日 | | | | |
| 研修期間 | 年　月　日～　　年　月　日 | | | | |
| 生活援助  従事者研修 | 募集期間 | 年　月　日～　　年　月　日 | | | | |
| 研修期間 | 年　月　日～　　年　月　日 | | | | |
| 研修実施場所※３ | | （〒　　　　） | | | | | |
| 研修事業  担当部署  ・担当者 | 担当者職・氏名 |  | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | |

※１　指定を申請する研修課程に○印を記入すること

※２　法人名と異なる研修事業者名を使用する場合はその名称

※３　講義を通信の方法で行う場合は、面接指導・演習を行う場所

　　※　　研修を複数回実施する場合は、情報開示シート（様式第２号）に記載すること。