

(様式1)

介護職員初任者研修事業者指定申請書

(記号番号)

申請年月日

(あて先) 秋田県知事

申請者

(所在地) 〒

(法人名)

(代表者職氏名)

印

(電話番号)

介護職員初任者研修事業者の指定を受けたいので、秋田県介護職員初任者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第2条第1項の規定に基づき、申請します。

(様式2)

介護職員初任者研修事業者指定書

法 人 名
代表者職氏名
所 在 地

介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第3条第1項第2号に掲げる研修を行う事業者として指定する

指定番号 第 号

(年号) 年 月 日

秋 田 県 知 事

(様式3)

介護職員初任者研修指定事業者変更届

(記号番号)

年月日

(あて先) 秋田県知事

(所在地) 〒

(法人名)

(代表者職氏名)

印

(電話番号)

(年号) 年 月 日付けで介護職員初任者研修事業者として指定を受けた内容に変更があったので、秋田県介護職員初任者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第5条の規定により届出します。

(変更前)

(変更後)

添付書類

(様式4)

介護職員初任者研修事業休止届

(記号番号)

年月日

(あて先) 秋田県知事

(所在地) 〒

(法人名)

(代表者職氏名)

印

(電話番号)

介護職員初任者研修事業を休止することとしたので、秋田県介護職員初任者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第6条第1項の規定により届出します。

1 休止期間

(年号) 年 月 日から(年号) 年 月 日まで

2 休止理由

(様式 5)

介護職員初任者研修事業再開届

(記号番号)

年月日

(あて先) 秋田県知事

(所 在 地) 〒

(法 人 名)

(代表者職氏名)

印

(電 話 番 号)

介護職員初任者研修事業を再開することとしたので、秋田県介護職員初任者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第7条の規定により届出します。

1 再開年月日 (年号) 年 月 日

(様式6)

介護職員初任者研修事業廃止届

(記号番号)

年月日

(あて先) 秋田県知事

(所在地) 〒

(法人名)

(代表者職氏名)

印

(電話番号)

介護職員初任者研修事業を廃止することとしたので、秋田県介護職員初任者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第8条(第1項・第2項)の規定により届出します。

1 廃止年月日 (年号) 年 月 日

2 廃止理由

(様式7)

介護職員初任者研修事業実施計画書

(記号番号)

年月日

(あて先) 秋田県知事

(所在地) 〒

(法人名)

(代表者職氏名)

印

(電話番号)

介護職員初任者研修事業を次のとおり実施することとしたので、秋田県介護職員初任者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第9条(第1項・第2項)の規定により提出します。

(様式 8)

介護職員初任者研修事業変更届

(記号番号)

年月日

(あて先) 秋田県知事

(所 在 地) 〒

(法 人 名)

(代表者職氏名)

印

(電 話 番 号)

(年号) 年 月 日付け (記号番号) で提出した介護職員初任者研修事業計画書について、次のとおり変更することとしたので、秋田県介護職員初任者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第 1 1 条第 1 項の規定により届出します。

(変更前)

(変更後)

変更書類

(様式9)

介護職員初任者研修実習等受入承諾書

年 月 日

(介護職員初任者研修指定事業者) 様

(所在地) 〒

(法人名)

(代表者職氏名)

印

(電話番号)

貴法人が実施する介護職員初任者研修において、次のとおり受入を承諾します。

1 実習等の種類 (実習・見学)

2 実習等受入期間及び人数

(様 式 1 0)

第 号	修了証明書	氏名	年 月 日生	介護保険法施行令(平成十年政令第四百十二号) 第三条第一項第一号ロに掲げる研修の課程を修了 したことを証明する。	年 月 日	介護職員初任者研修指定事業者 印
--------	-------	----	--------	--	-------	------------------

(様 式 1 1)

第 号	修了証明書(携帯用)	氏名	年 月 日生	介護保険法施行令(平成十年政令第四百十二号) 第三条第一項第一号ロに掲げる研修の課程を修了 したことを証明する。	年 月 日	介護職員初任者研修指定事業者 印
--------	------------	----	--------	--	-------	------------------

(様式 1 2)

介護職員初任者研修事業実施報告書

(記号番号)

年月日

(あて先) 秋田県知事

(所在地) 〒

(法人名)

(代表者職氏名)

印

(電話番号)

介護職員初任者研修事業を次のとおり実施したので、秋田県介護職員初任者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第 17 条第 1 項の規定により提出します。

1 研修実施期間

(年号) 年 月 日～(年号) 年 月 日

2 受講者数及び修了者数

受講者 名

修了者 名

添付資料

1 修了者名簿

2 収支決算書

(様式13)

介護職員初任者研修事業修了者名簿

(事業者名)

修了証番号	修了年月日	氏名	生年月日	住	所	本人確認	備考

※紛失等による再交付手続時に重要となるので、氏名欄及び生年月日欄は記載誤りがないよう十分に留意すること。
※本人確認欄には確認方法(住民票、運転免許など)を記載すること。

(様式14)

年 月 日

(あて先) 秋田県知事

申請者住所

申請者氏名

印

連絡先

「介護職員初任者研修修了証明書」の交付申請書

秋田県介護職員初任者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱（平成24年12月21日付長寿－1822秋田県健康福祉部長通知）第22条第2項に基づき、修了証明書及び同携帯用の交付について申請します。

- 1 氏名
- 2 住所
- 3 生年月日
- 4 保健師等の免許番号
- 5 免許交付年月日

※代理申請はできません。必ず本人が申請してください。

※保健師、看護師、准看護師の免許証の写し1部を必ず添付してください。

【留意事項】

1 添付書類等

- ・看護師、准看護師、保健師の免許証の写し
- ・返信用封筒

修了証明書はA4サイズ（携帯用は名刺サイズ）になりますので、A4サイズの封筒に120円分の返信用切手を貼って、あて名を記載してください。

2 申請者について

- ・ この申請により交付される「介護職員初任者研修修了みなし証明書」（以下「証明書」といいます。）は、証明書を必要とする方が、対外的に身分を証明する際等に必要となるもので、交付を受けた方が責任をもって所有・保管していただくものです。
- ・ そのため、申請は証明を要する方、本人が行ってください。
- ・ 雇用主（介護保険施設、事業者等）が必要な場合であっても、申請はあくまでも、証明を要する方本人が行うこととなります。（証明書の送付先は、申請者本人あての住所になります。）

3 申込み先及び問合せ先

〒010-8570

秋田市山王4丁目1番1号

秋田県健康福祉部長寿社会課 介護保険班

電話 018-860-1363

(様 式 1 5)

第 号	修了証明書	氏 名	年 月 日 生	介護保険法施行令(平成十年政令第四百十二号) 第三条第一項第一号イに掲げる研修の課程を修了 したものとみなされることを証明する。	年 月 日	秋 田 県 知 事
--------	-------	--------	------------------	--	-------------	-----------------------

(様 式 1 6)

第 号	修了証明書(携帯用)	氏 名	年 月 日 生	介護保険法施行令(平成十年政令第四百十二号) 第三条第一項第一号イに掲げる研修の課程を修了 したものとみなされることを証明する。	年 月 日	秋 田 県 知 事
--------	------------	--------	------------------	--	-------------	-----------------------