

(様式1)

生活援助従事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)

生活援助従事者研修事業者の指定を受けたいので、秋田県生活援助従事者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第2条において準用する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)

生活援助従事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1号ロ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)

生活援助従事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 日付けで生活援助従事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、秋田県生活援助従事者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第2条において準用する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)

生活援助従事者研修事業休止届

(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)

生活援助従事者研修事業を休止することとしたので、秋田県生活援助従事者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第2条において準用する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)

生活援助従事者研修事業再開届

(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)

生活援助従事者研修事業を再開することとしたので、秋田県生活援助従事者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第2条において準用する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)

生活援助従事者研修事業廃止届

(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)

生活援助従事者研修事業を廃止することとしたので、秋田県生活援助従事者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第2条において準用する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)

生活援助従事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)

生活援助従事者研修事業を次のとおり実施することとしたので、秋田県生活援助従事者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第 2 条において準用する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)

生活援助従事者者研修事業変更届

(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) で提出した生活援助従事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、秋田県生活援助従事者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第 2 条において準用する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)

生活援助従事者研修実習等受入承諾書

年 月 日

(生活援助従事者研修指定事業者) 様

(所在地) 〒

(法人名)

(代表者職氏名)

印

(電話番号)

貴法人が実施する生活援助従事者研修において、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
生活援助従事者研修課程を修了したことを証明する。	
年 月 日	生活援助従事者研修指定事業者 印

(様 式 1 1)

第 号	修了証明書 (携帯用)
氏 名	年 月 日生
生活援助従事者研修課程を修了したことを証明する。	
年 月 日	生活援助従事者研修指定事業者 印

(様式 1 2)

生活援助従事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)

生活援助従事者研修事業を次のとおり実施したので、秋田県生活援助従事者研修事業者指定及び事業実施に関する要綱第 2 条において準用する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 7 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)

生活援助従事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。