**様式第１号**

介護員養成研修事業者指定申請書

　　　　年　　月　　日

　島　根　県　知　事　様

申請者

所在地（又は住所）

法人名（又は氏名）

代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　（担当者氏名　　　　　連絡先　　　　　）

　島根県介護員養成研修事業者の指定を受けたいので下記のとおり申請します。

記

１　事業所名

２　事業所所在地（講義を通信教育の方法によって行おうとする者にあっては、主たる事務所の所在地）及び事業実施場所

３　形　式　　（　通　学　・　通　信　）

４　研修課程　（　介護職員初任者研修　・　生活援助従事者研修　）

５　事業開始予定年月日

６　研修に使用するテキストの名称

７　添付書類（※）

　 ア　学則又は実施要綱

　 イ　カリキュラム

　 ウ　講義を行う講師の氏名、履歴及び担当科目並びに専任又は兼任の別(参考様式1)

エ　実習を行う場合、実習施設として利用しようとする施設の名称、所在地及び設置者の氏名（法人にあっては、その名称）及び当該施設における実習を承諾する旨の当該施設の設置者の承諾書

　 オ　研修修了の認定方法及び修了証明書様式

　 カ　収支予算及び向こう２年間の財政計画

　 キ　定款その他の基本約款

　 ク　その他知事が必要と認める書類

　　講義を通信の方法によって行う場合は上記に加え次の事項を記載した書類及び添削課題

　 ア　講義を通信の方法によって行う地域

　 イ　添削指導及び面接指導の指導方法

　 ウ　面接指導を実施する期間における講義室及び演習室の使用についての当該施設の設置者の承諾書

　（※）添付書類は研修課程ごとに作成すること。ただし重複する書類は省略可とする。