様式第９号（第１２関係）

番　　　　　号

年　　月　　日

　岡山県知事　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定研修事業者

名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職、氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（主たる事業所）

所在地　〒

電　話

（研修の事務を行う県内事業所）

名　称

所在地　〒

電　話

介護員養成研修実施報告書

　　年　月　日付け　　第　　　号で指定を受けた介護員養成研修（　　　　研修）を次のとおり実施したので報告します。

記

１　研修の概要

（１）主な事業実施場所（通信制は面接指導の場所）

（２）受講定員 名

（３）修了者数　　　　　　　　　　　　名

（４）修了年月日　　　　　　　年　　月　　日

（５）研修期間　　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日　　通学制・通信制

２　添付書類

（１）介護員養成研修修了者名簿（様式第１０号）

※パスワードをかけて、データも提出すること。

【データ送付先】choju@pref.okayama.lg.jp

（２）日程、講師等一覧（様式第３号又は様式３号の２、実績を記載すること。）

（３）研修科目の履修状況を記載した書類（出席簿の写し）

（４）実習の実施状況を記載した書類

（５）修了評価の実施状況を記載した書類

※筆記試験の評価及び介護技術の評価について報告すること。

（注）この報告書は、研修を終了した日から２か月以内に知事に提出すること。