

(様式1)

平成 年 月 日

(人材派遣会社の代表者)様

派遣先

住所

法人(事業者)名

代表者職氏名

印

現任介護職員等研修支援事業申請書

1. 代替職員の配置場所等

事業所名： _____

業務の種類： _____

派遣希望期間： _____ 日 (平成 年 月～平成 年 月)

派遣希望職種： _____

代替職員の主な業務内容： _____

<受入先責任者・連絡先： _____ (電話0857-〇〇-〇〇〇〇) >

2. 研修計画 (予定)

研修参加者氏名	参加者の職種	研修名及び研修期間	研修受講時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
合 計			時間

※1の受入希望期間は、研修受講時間の合計×4÷8(1日当たりの勤務時間)以内とすること。

(留意事項)

- 研修内容が確認できる書類を添付すること。

(様式1)

平成22年6月30日

(人材派遣会社の代表者)様

派遣先

住所 鳥取市東町一丁目220

法人(事業者)名 社会福祉法人鳥取

代表者職氏名 理事長 鳥取 花子 印

現任介護職員等研修支援事業申請書

1. 代替職員の配置場所等

事業所名 : 長寿社会デイサービス

業務の種類 : 通所介護サービス

派遣希望期間 : 65日(平成22年7月1日~平成22年9月30日)

派遣希望職種 : 介護福祉士又は介護職員

代替職員の主な業務内容 : 介護業務補助

<受入先責任者・連絡先:鳥取 太郎(電話0857-26-7860)>

2. 研修計画(予定)

研修参加者氏名	参加者の職種	研修名及び研修期間	研修受講時間
鳥取 太郎	介護職員	訪問介護員研修(H22.7.1~22.8.31)	130時間
米子 花子	看護師	資質向上研修(事業所内研修H22.9.1)	4時間
倉吉 二郎	介護職員	〃	4時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
合 計			138時間

※1の受入希望期間は、研修受講時間の合計×4÷8(1日当たりの勤務時間)以内とすること。

(留意事項)

- 研修内容が確認できる書類を添付すること。