

記入例

記入例のため、通学と通信を混在して書いてあります。

別紙1

埼玉県介護職員初任者研修実施概要

(1) 研修の名称及び課程

〇〇〇介護職員初任者研修 (通信)

(2) 研修実施主体名及び研修実施主体の所在地等

研修実施主体名 株式会社 こぼとん

研修実施主体所在地 さいたま市浦和区高砂3-15-1

担当部署 初任者研修担当 担当者 埼玉 こぼ子

電話番号 048-111-1111

FAX番号 048-111-1112

メールアドレス akobaton@kobaton

実際に研修を行う研修実施主体を記載（申請者と所在地が違う場合は、法人登記簿等で研修実施主体の確認をします。）

(3) 実施時期

令和元年5月1日から令和元年8月15日（第1回）

令和元年6月1日から令和元年9月15日（第2回）

(4) 募集

ア 募集時期、募集の方法、連絡先住所・電話番号・FAX番号・メールアドレス

募集時期 第1回、第2回ともに 平成31年3月15日から研修開始日の前日まで

募集方法 当社ホームページ及びパンフレット配布

連絡先 さいたま市浦和区高砂3-15-1 さいたま教室 申込担当

電話 048-111-0000（申込み専用電話）

FAX 048-111-2222（申込み専用FAX）

メールアドレス akobatonnyoninn@kobaton（申込み専用）

イ 募集定員

第1回、2回ともに 40名

ウ 募集定員を超えた応募があった場合の選考方法

第1回、2回ともに先着順。定員に達した時点で申し込みを終了する。

(5) 募集対象者

埼玉県内に住所がある方で20才から60才までの方

(6) 受講料

総額 79,000円

受講料 70,000円

テキスト代 5,000円

実習保険代 2,000円

総額と内訳は必ず記載

記入例

(7) 主な講習会場及びその所在地

ア 名称及び所在地（講義施設）

第1、2回ともに こばとん浦和会場 さいたま市浦和区高砂3-15-1

イ 名称及び所在地（演習施設）

上記と同様

(8) 演習施設等の仕様

ア 演習を行う施設の所在地及びその仕様（平面図、備品リスト、写真を添付） 別添のとおり

イ 総合生活支援技術演習の事例案

※任意様式で作成してください

ウ 介護技術度合いの評価方法案

※任意で作成してください

エ 介護技術度合い評価担当者数及びその氏名

第1回、第2回とも3名 略歴等は講師一覧表を参考

主任 羽生 むじなもん

秩父 りゅうごん

北本 とまと

オ 利用者役の氏名及び略歴

(※補助講師については講師要件と同様に資格確認等を行ってください)

利用者役 鳩山は一とん 介護職として特別養護老人ホームは一とんに2年勤務

〇〇〇〇

(9) 修了評価の方法及び模範解答案

※任意形式で作成してください。

(10) 通信制の場合

ア 講義を通信の方法によって行う地域

イ 添削指導及び対面指導の指導方法

ウ 対面指導を行う場所（自己所有の物件かどうかを明記）

記入例

(1 1) 一部を委託で行う場合は委託先