

(様式 2)

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実績報告書

#### 1. 代替職員の配置場所等

事業所名 : \_\_\_\_\_

業務の種類 : \_\_\_\_\_

派遣期間 : \_\_\_\_\_ 日 (平成 年 月～平成 年 月)

派遣職種 : \_\_\_\_\_

代替職員の子な業務内容 : \_\_\_\_\_

<受入先責任者・連絡先 : \_\_\_\_\_ (電話0857-〇〇-〇〇〇〇) >

#### 2. 研修実績

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)

- ・代替職員の子入れ及び現任介護職員等の研修受講がすべて終了後、30日以内に提出すること。
- ・現任介護職員等が研修受講したことを証する書類を添付すること。ただし、県が実施する研修等で県の方で把握可能なものについては添付不要とする。

(様式2)

平成 年 月 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実績報告書

## 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事業所業務の種類 : 通所介護サービス派遣期間 : 65日(平成22年7月1日～平成22年9月30日)派遣職種 : 介護福祉士代替職員の主な業務内容 : 介護業務補助

&lt;受入先責任者・連絡先: 鳥取 太郎 (電話0857-26-7860)&gt;

## 2. 研修実績

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
合 計			138時間

※1の受入期間は、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)

- ・代替職員の受入れ及び現任介護職員等の研修受講がすべて終了後、30日以内に提出すること。
- ・現任介護職員等が研修受講したことを証する書類を添付すること。ただし、県が実施する研修等で県の方で把握可能なものについては添付不要とする。