

(別紙様式1の2)

## 職場研修実施計画書

事業所名：訪問介護員として勤務する(予定の)場所を記入

介護保険事業者番号(訪問介護)：430000000000

担当者名：●●●●●

電話番号：096-000-0000

### 研修日程

研修実施予定日時	実施場所	科目名
令和 ●年●●月●●日(●) 10時～14時(3時間) <b>( )には実際の研修時間を記入</b> <b>※休憩時間は含めない</b>	ヘルパーステーション●●	科目名：介護の基本 担当講師名：●●●●●
令和 ●年●●月●●日(●) 10時～15時(4時間)	社会福祉法人 ▲▲	科目名：介護における尊厳の保持・自立支援 担当講師名：▲▲▲▲
令和 ●年●●月●●日(●) 10時～12時(2時間) 令和 ●年●●月▲▲日(●) 10時～12時(2時間)	ヘルパーステーション●●	科目名：介護・福祉サービスの理解と医療との連携 担当講師名：●●●●●

### 受講者名簿

番号	氏名	生年月日	住所	保有資格
1	●●●●●	S●●.●.●	熊本市●●	看護師
2	▲▲▲▲	H▲▲.▲.▲	菊池市▲▲	准看護師
3				
4				
5				

※欄が不足する場合は、適宜追加してください。