

介護員養成研修 修了報告書

法人で文書番号を取得している場合は記載してください。

第●号

令和●年●月●日

群馬県知事 あて

毎年度終了後60日以内に報告してください。

(申請者)

郵便番号

〒●●●●-●●●●

所在地

群馬県前橋市大手町●●

法人名

株式会社●●

代表者職・氏名

代表取締役 ●● ●●

担当者名

▲▲ ▲▲

電話番号(担当)

●●●●-●●●●-●●●●

令和●年度に介護員養成研修を修了した者について、群馬県介護員養成研修事業者指定要領第10条の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

1 研修課程

介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程

2 修了者数

指定研修番号	20●●●-●●	20●●●-●●	20●●●-●●				
定員	20名	20名	20名	名	名	名	名
受講者数	15名	15名	15名	名	名	名	名
報告済の修了者数	14名	0名	0名	名	名	名	名
今回報告の修了者数	1名	15名	13名	名	名	名	名
未修了者数 (今後修了予定あり)	1名	0名	1名	名	名	名	名
未修了者数 (今後修了予定なし)	0名	0名	1名	名	名	名	名

3 添付書類(該当するものにチェック)

No.	事業者指定添付書類一覧	チェック欄
1	修了者名簿(様式第3号)	✓
2	修了証明書及び修了証明書(携帯用)の写し	✓

全員分