

(様式第1号)

平成 年 月 日

認定介護福祉士認証・認定機構
理事長 様

領域名： _____
科目名： _____
単位数： _____
認証申請する研修の名称： _____

団体名： _____
団体事務所の所在地： 〒 _____

電話： _____
FAX： _____
E-mail： _____

下記書類を添えて上記科目に対する研修の認証を申請します。

団体代表者： _____ (印)
申請責任者： _____

記

○認定介護福祉士研修認証申請書（別紙1～3）

<機構使用欄>

受付	
確認	
委員付託	
追加連絡	
評価報告	
理事会承認	
認証番号	

(別紙2) 認定介護福祉士研修認証

認証申請科目に対する研修の内容

申請対象の領域		
科目名		
(1) 提供する研修について		
研修名		
研修目標		
到達目標		
研修内容 (研修プログラム)	含むべき内容	研修プログラム
研修方法	<input type="checkbox"/> 通学課程 (集合研修) <input type="checkbox"/> 通信課程 (通信研修)	
研修時間		
修了要件		
講師要件 (講師の選定基準)		
(2) 受講者について		
受講対象 (受講要件)		
修了評価 (習得度、研修成果)		
(3) 研修の環境条件		
定員 (講師の配置基準)		
開催場所 (都道府県)		

(別紙3) 認定介護福祉士研修認証

認証申請する研修の実施体制等 (届出事項)

(1) 研修の実施予定	
実施日	①
	②
	③
開催場所 (会場)	①
	②
	③
(2) 講師	
担当、氏名及び略歴	
(3) 実施体制	
研修の企画運営の組織 (担当部局・人員)	
研修の企画運営に関する諸 規程	
研修管理責任者職名	
研修管理責任者氏名	
機構問合先部署	
機構問合先担当者氏名	
機構問合先電話番号/FAX	
機構問合先 e-mail アドレス	
受講問合先部署	
受講問合先担当者氏名	
受講問合先電話番号/FAX	
受講問合先 e-mail アドレス	
(4) 研修履歴の管理体制	
受講者への付与単位部門	
受講履歴の管理方法	
受講履歴の証明	
管理責任者氏名	
管理担当者氏名	