

山口県働きやすい介護職場づくり支援事業に係る研修計画書

事業者(法人)名	〇〇〇
代表者職・氏名	〇〇〇
主たる事業所の所在地	〇〇〇

研修計画期間	R3.4.1 ~ R4.3.31
研修計画責任者 職・氏名	〇〇〇

事業計画書(別記様式第1号)に記載の代替職員の氏名を記入して下さい

No.	研修名	受講・派遣の別	本事業開始により、新たに受講した研修に「○」と記載	研修場所	研修受講・派遣年月日		補助対象日数	受講・講師派遣予定者			代替職員
					研修開始	研修終了		事業所名	職種	氏名	
例1	●●研修	受講		〇〇〇	R3.5.1	R3.6.30	40	〇〇デイサービスセンター	介護職員	介護 太郎	山口 太郎
例2	▲▲研修	受講	○	〇〇〇	R3.8.1	R3.9.30	30	特別養護老人ホーム〇〇苑	看護職員	介護 花子	山口 花子
例3	■ ■研修	受講		〇〇〇	R3.10.1	R3.11.30	45	〇〇ヘルパーステーション	介護職員	介護 次郎	山口 次郎
延べ対象研修日数合計							115				

※行が不足する場合は、行を増やして入力してください。また一番最後の集計行は修正及び削除をしないでください。  
 ※提出の際は、各研修の修了証を併せて添付すること。