様式１－３

担当講師一覧表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 講師氏名 | 科目名 | 資格(取得年月日) |
| 略歴(経験年数) |
| 現在の職業(経験年数) |
| ① | (例)兵庫　太郎 | 福祉用具と福祉用具専門相談員の役割  個別の福祉用具に関する知識・技術 | 介護福祉士(H14/3)  作業療法士(H24/3) |
| 指定通所介護  ・介護職員（8年5ヶ月）  重度訪問介護  ・訪問介護員（8年3ヶ月） |
| 介護老人福祉施設　勤務  ・介護職員(8年) |
| ② |  |  |  |
|  |
|  |
| ③ |  |  |  |
|  |
|  |
| ④ |  |  |  |
|  |
|  |
| ⑤ |  |  |  |
|  |
|  |
| ⑥ |  |  |  |
|  |
|  |
| ⑦ |  |  |  |
|  |
|  |
|  |

※　講師は、申請日現在で要件を満たす者とする。（ただし、次年度の事業者指定の申請、年間事業計画の届出又は変更を行う場合は、次年度の４月１日時点とすること。）