（別紙）

代替職員配置希望調書兼現任職員研修計画書

１　法人情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | | 定款のとおり正しく記載してください。 |
| 法 人 名 |  | |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  |  |
| 代 表 者 | (職名) | (氏名) |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | |
| 法人住所 |  | |

２　代替職員の配置

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 雇用期間 | 年　　月　　日～ 　　　年　　月　　日 | 勤務予定日数の計 | 日(a) |
| 雇用形態 | 直接雇用　　　・　　　派遣労働者 |

　　※雇用形態を選択してください。

３　現任職員の研修計画　※上記２の雇用期間中の研修に限ります。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研　修　名 | 主　催　者  (正式名を記載) | | 派遣  人数 | 派遣  延日数 |
| 実務者研修 |  | |  |  |
| 介護職員初任者研修 |  | |  |  |
| 喀痰吸引等研修（第1号研修、第2号研修） |  | |  |  |
| 認知症介護指導者フォローアップ研修 |  | |  |  |
| 認知症介護基礎研修 |  | |  |  |
| ※　派遣延日数については、例えば同じ１日の研修に  ３人を派遣した場合は、３日と記載してください | | 合計人数・日数 |  | (b) |
| b/a(小数点第３位以下切り捨て) | |  |

４　担当者欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | | | ※補助事務等の連絡先となります。 |
| 担当者名 |  | | |
| 勤 務 先 | 名　称 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| TEL番号 |  | | FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | |