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。）