

障がい者居宅介護従業者基礎研修実績報告書

※府提出日とすること

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者職・名

印

大阪府居宅介護職員初任者研修等事業者指定要綱第13条の規定により、下記研修の実績を報告します。

研修の名称	障がい者居宅介護従業者基礎研修
指定番号	
コース名	※開講届出時と同じ名称を記載すること。
研修実施期間	年 月 日～ 年 月 日（通学・通信）
修了者数	名（通常報告分・修了者追加報告分） ※いずれかに○

研修事務担当者 前回報告時からの 変更【有・無】 （いずれかに○）	所属名： 氏名： 電話： ファックス： メールアドレス：
--	--

提出書類一覧（添付しているものに○）

○	提出書類
	①修了者名簿（別添4-1）及びその電磁的記録
	②出席簿（別添4-2）の写し
	③実習実施一覧表（別添4-3）
	④通信学習の場合の課題のレポートの評価結果一覧表（別添4-4） ※添削指導日及び担当講師の自筆署名があるもの
	⑤実務経験証明書の原本若しくは原本照合したもの（別添4-5）の写し、または、他の研修の修了証明書（科目免除を行った場合）