

(別記第2-6号)

介護職員実務者研修受講促進事業実務者研修修了者一覧

事業者(法人)名	
事業所名	
事業所の所在地	

No.	実務者研修修了者氏名	採用年月日	生年月日	研修機関名	研修場所	実務者研修修了年月日	スクーリング期間		実務者研修(通信課程の場合はスクーリング)日数	代替職員配置日数
							初日	最終日		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

※行が不足する場合は、行を追加して入力すること。

※研修日程の資料を添付すること。