様式第１号

　　　　年　　月　　日

　（宛先）高松市長

　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　所　在　地

事業所名称

代表者氏名

電話番号

高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施事業者届出書

|  |  |
| --- | --- |
| 実施する研修の種類 | 研修Ａ　　　　　研修Ｂ　　　　　研修Ｃ |
| 実施（予定）年月 |  |
| 実施（予定）会場 |  |
| 講師氏名 |  |
| 【添付書類】講師の要件を証する書類、サービス提供責任者として勤務していることを証する書類 |

様式第２号

第　　　　号

高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施事業者届出済証

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 届出日 |  |

　高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施要領の規定に基づく介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施事業者の届出をした者であることを証明します。

　　　　　　年　　月　　日

高松市長

様式第３号

　（宛先）高松市長

　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　所　在　地

事業所名称

代表者氏名

電話番号

研修実施計画書

|  |  |
| --- | --- |
| １　実施日時 | 自：　　　年　　月　　日　　　時～　　時至：　　　年　　月　　日　　　時～　　時 |
| ２　実施する研修（実施するものに○） | 研修Ａ　　　研修Ｂ　　　研修Ｃ |
| ３　実施場所 |  |
| ４　定員 |  |
| ５　申込期間 |  |
| ６　申込先 |  |
| ７　申込方法 |  |
| ８　受講費用の有無 |  |
| ９　受講費用の金額（受講費用「有」の場合に記入してください。） |  |
| 【添付書類】募集チラシ（作成している場合） |

様式第４号

第　　　　　　　　　　号

高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修修了証

殿

年　　月　　日　生

　あなたは　　　　年度高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修の全課程を修了したことを証明します

|  |  |
| --- | --- |
| 修了した研修の区分（修了したものに○） | 研修Ａ ・ 研修Ｂ ・ 研修Ｃ |

　　　　　年　　月　　日

介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施事業者

代表者職氏名　　　　　　印

様式第５号

第　　　　　　　　　　号

高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修修了証

殿

年　　月　　日　生

　あなたは　　　　年度高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修の全課程を修了したことを証明します

|  |  |
| --- | --- |
| 修了した研修の区分（修了したものに○） | 研修Ａ　・　研修Ｂ研修Ｃ　・　研修Ｄ |

　　　　　年　　月　　日

高松市長　　　　　　　　　　　印

様式第６号

（宛先）高松市長

　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　所　在　地

事業所名称

代表者氏名

電話番号

高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施報告書

|  |  |
| --- | --- |
| １　実施日時 | 自：　　　年　　月　　日　　　時～　　時至：　　　年　　月　　日　　　時～　　時 |
| ２　実施場所 |  |
| ３　修了者数 | 研修Ａ　　人　研修Ｂ　　人　研修Ｃ　　人 |
| ４　申込期間 |  |
| 【添付書類】研修カリキュラム、修了者名簿（様式第６号） |

様式第７号

修了者名簿

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 修了証番号 |  | 住所 | 生年月日 | 修了した研修の区分 | 修了日 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |  |  |

様式第８号

　　　　年　　月　　日

　（宛先）高松市長

　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　所　在　地

事業所名称

代表者氏名

電話番号

高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施事業者変更届

　次のとおり届け出た事項を変更したので、届けます。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更があった事項 | 変　　更　　の　　内　　容 |
| １ | 事業者名称 | (変更前) |
| ２ | 事業所の所在地 |
| ３ | 代表者の氏名 |
| (変更後) |
| ４ | 講師 |
| ５ | その他 |
| 変　　更　　年　　月　　日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |

備考

１　変更があった事項については、該当する番号を○で囲んでください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第９号

　　　年　　月　　日

（宛先）高松市長

　　　　　　　　　　　届出者　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名称

代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　高松市介護予防・生活支援サービス提供者養成研修実施事業者廃止・休止・再開届

次のとおり事業の廃止・休止・再開をしたので、届けます。

|  |  |
| --- | --- |
| 届出の種別 | 廃　止 ・休　止・再　開 |
| 廃止・休止・再開した年月日 | 年　　月　　日 |
| 廃止・休止・再開した理由 |  |
| 休止予定期間（休止の場合のみ記入） | 年　 月　 日～　　年　 月　 日 |

備考　廃止、休止又は再開の日から１０日以内に提出してください。