（様式第2号）

過 去 の 業 務 実 績

事業者名

代表者

介護に関する入門的研修、介護職員初任者研修、生活支援従事者研修、実務者研修、基準緩和訪問型サービス従事者養成研修について、過去の業務実績を記入すること

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 実施年度 | 研修名称 | 実施場所  （市町名） | 開催回数 | 受講者数 | 修了者数 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |  |  |

実施年度別に実施場所（市町名）毎の開催回数をまとめて記載すること

回数は１クール（例：介護職員初任者研修の場合は１３０時間程度、実務者研修の場合は４５０時間程度）を１回とカウントすること

基準緩和訪問型サービス従事者養成研修の場合は実施市町村とカリキュラムがわかる書類を添付すること

実施年度がまたがる場合は修了日の属する年度を記載すること

過去３年程度の主な業務実績を記載すること