**様式第３号**

　　年　　月　　日

認定介護福祉士認証・認定機構

機構長　　　　　　　様

認　証　年：

認証番号：

領域名：

科　目　名：

単　位　数：

認証更新申請する研修の名称：

団体名：

団体事務所の所在地：〒 　　－

電話：

FAX：

E-mail：

下記書類を添えて上記科目に対する研修の認証の更新を申請します。

団体代表者：　　　　　　　　　　㊞

申請責任者：

記

○自己評価報告書

○添付書類一覧

<機構使用欄>

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 |  |
| 確認 |  |
| 研修審査員付託 |  |
| 追加連絡 |  |
| 審査報告 |  |
| 理事会承認 |  |
| 認証番号 |  |

（別紙１）認定介護福祉士研修認証更新

※申請受付番号

　（※は記入しないでください）

認定介護福祉士研修認証更新申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 |  |
| 申請団体名 |  |
| 申請団体代表者氏名 |  |
| 申請責任者職名  申請責任者氏名 |  |
| 団体住所  同　Tel・Fax  メールアドレス | 〒  Tel：(　　　　)-(　　　　)-(　　　　)  Fax：(　　　　)-(　　　)-(　　　)  E-mail |
| 申請対象の領域 | 領域名： |
| 科目名（単位数） | 科目名：　　　　　　　　　　　　（　単位） |
| 申請する研修名 |  |
|  |
|  |
| 研修認証実績 | 年　認証番号（　　　　） |
| 年　認証番号（　　　　） |
| 年　認証番号（　　　　） |
| その他特記事項 |  |

（別紙２）認定介護福祉士研修認証更新

認証更新申請科目に対する研修の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請対象の領域名 |  | |
| 科目名 |  | |
| (1)提供する研修について | | |
| 研修名 |  | |
| 研修目標 |  | |
| 到達目標 |  | |
|  | 含むべき内容 | 研修プログラム |
| 研修内容（研修プログラム） |  |  |
| 研修方法 | □通学課程（集合研修）  □通信課程（通信研修） | |
|  |  | |
| 研修時間 |  | |
| 修了要件 |  | |
| 講師要件（講師の選定基準） |  | |
| (2)受講者について | | |
| 受講対象  （受講要件） |  | |
| 修了評価（習得度、研修成果） |  | |
| (3)研修の環境条件 | | |
| 定員（講師の配置基準） |  | |
| 開催場所（都道府県） |  | |

（別紙３）認定介護福祉士研修認証更新

認証更新申請する研修の実施体制等（届出事項）

|  |  |
| --- | --- |
| (1)研修の実施予定 | |
| 実施日 |  |
|  |
|  |
|  |  |
| 開催場所（会場） |  |
|  |  |
| (2)講師 | |
| 担当、氏名及び略歴 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| (3)実施体制 | |
| 研修の企画運営の組織  （担当部局・人員） |  |
| 研修の企画運営に関する諸規程 |  |
| 研修管理責任者職名 |  |
| 研修管理責任者氏名 |  |
| 機構問合先部署 |  |
| 機構問合先担当者氏名 |  |
| 機構問合先電話番号/FAX |  |
| 機構問合先e-mailｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 受講問合先部署 |  |
| 受講問合先担当者氏名 |  |
| 受講問合先電話番号/FAX |  |
| 受講問合先e-mailｱﾄﾞﾚｽ |  |
| (4)研修履歴の管理体制 | |
| 受講者への付与単位部門 |  |
| 受講履歴の管理方法 |  |
| 受講履歴の証明 |  |
| 管理責任者氏名 |  |
| 管理担当者氏名 |  |