認定介護福祉士研修認証申請書（別紙２）

集合研修における具体的なコマシラバス

申請団体名：

認証申請する研修の名称：

申請対象の領域：

科目名：

集合研修の総時間数：　　時間分（基準に基づいた時間数）

スクールアワーの適用の有無：　□あり　　□なし

〇日目（〇時間分）（うち科目の含むべき内容に該当しない時間：　　時間）

研修方法：□対面研修

　　　　　□ライブ配信による研修（□受講者・講師等の両者がオンライン　□講師のみオンライン）

　　　　　□ハイフレックス型研修

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開講時間 | テーマ | 展開内容 | 留意事項等 | 担当講師 |
| 00:00～00:00（00分間） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

〇日目（〇時間分）（うち科目の含むべき内容に該当しない時間：　　時間）

研修方法：□対面研修

　　　　　□ライブ配信による研修（□受講者・講師等の両者がオンライン　□講師のみオンライン）

　　　　　□ハイフレックス型研修

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開講時間 | テーマ | 展開内容 | 留意事項等 | 担当講師 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |