

豊中市長様

## 生活支援サービス従事者研修実施事業所届出書

下記事業所において、生活支援サービス従事者研修（修了評価を除く）を実施します。

|        |  |      |  |
|--------|--|------|--|
| 事業所名   |  | 電話番号 |  |
| 事業所所在地 |  |      |  |

| 科目名                   | 講師氏名 | 講師要件※   |
|-----------------------|------|---------|
| (1) 職務の理解             |      | A B     |
| (2) 老化の理解             |      | A B C D |
| (3) 認知症の理解            |      | A B C D |
| (4) 介護におけるコミュニケーション技術 |      | A B C   |
| (5) 介護における尊厳の保持・介護の基本 |      | A B C D |
| (6) 生活支援技術            |      | A B C   |

※講師要件一覧のうち、該当する講師要件に○をつけてください。また、講師要件を満たすことがわかる書類を添付してください（資格証・勤務証明書等）

豊中市生活支援サービス従事者研修実施要領に基づき、豊中市生活支援サービス従事者研修（修了評価を除く）を実施します。また、上記科目すべてを受講した者に対して、受講証明書（様式第 6 号）を交付します。

届出日： 年 月 日

主たる事務所の所在地：

名 称：

代表者の職・氏名：