

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：平成 年（ 年） 月 日

主たる事務所の所在地：

名 称：

代表者の職・氏名：