

指定申請時に「受講免除科目」を定めている指定研修で、該当者がいた場合のみ。

様式第6-9号

介護員養成研修受講一部科目免除申請書

年 月 日

事業者 あて

研修機関名を記入

受講免除科目の実習開始前までに、研修事業者が、免除該当になるかの確認を済ませられるように提出してもらうこと。

受講者

郵便番号・住所
ふりがな
氏名
電話番号

印

介護職員初任者研修の受講について、下記のとおり受講の一部免除に該当するので申請します。

記

1 所属施設・事業所種類

2 所属施設・事業所名称

3 受講免除事由

介護業務従事経験者(介護に関する実務経験の期間が、研修開講日時点で3か月以上有り、かつ従事日数が45日以上ある者)	施設等種類()
	施設等名称()
	職種()
	従事期間(年 月 ~ 年 月 (年 か月) 従事日数(日)

実務経験証明書(様式第6-10号)と同一内容を記載

4 免除科目(実習を含む科目名を記入。なお免除対象は、当該科目のうち実習部分に限られる。)

※該当科目全て記載※

5 添付書類

- ・姓が変更になっている場合は、戸籍謄本等それを確認できる書類(写し)を添付すること。
- ・実務経験証明書(様式第6-10号)を添付すること。

実務経験証明書

年 月 日

事業者 あて

実務経験証明書をもって様式第6-9号が申請できることになるので、日付に注意する。

研修機関名を記入

(証明事業所等)

郵便番号 〒
 所在地
 法人名
 代表者職・氏名 印
 電話番号

※一部科目免除該当者※

介護業務従事経験者(介護に関する実務経験の期間が、研修開講日時点で3か月以上有り、かつ従事日数が45日以上ある者)

下記の者は、本施設(事業所)において介護業務の従事経験を有することを証明します。

【群馬県介護職員初任者研修課程研修事業における指定及び実施基準】
 7 研修科目の免除について
 (2)※印を確認の上
 免除該当にあたるか確認してください。

記

氏名		生年月日
従事職種		
勤務形態 常勤 ・ 非常勤 (月・週 日)		
勤務施設 又は事業所	種別	
	名称	
	介護保険 事業所番号	
従事期間	年 月 日 ~ 年 月 日	従事日数 日間

開講日時点で、免除該当になることがわかるよう記載。

※「従事職種」欄には、職種名(介護職員、寮母等)を記入のほか、従事している業務内容も含めできるだけ具体的に記載してください。