

愛知県健康福祉部長 殿

法人名
 住所
 代表者職氏名 印
 (施設名)
 (連絡先)
 (担当者氏名)

介護福祉士資格取得支援事業実施申出書

介護福祉士資格取得支援事業を次のとおり実施したいので申し出ます。

なお、代替職員雇用の算定の基礎となる研修等の終期までに雇用契約を締結できない場合、本申出は無効となることに同意します。

1 研修等へ派遣する者

対象者氏名	愛知太郎	名古屋花子	
研修名(講義名)	実務者研修 (介護課程Ⅲ、医療的ケア・演習)	喀痰吸引等研修講師	
研修開催会場	名古屋第一専門学校	ケアカレッジ愛知	
研修(講義)期間	H26.6.10~H26.6.19	H26.10.15~H26.10.25	
研修(講義)日数	8日	10日	
延べ研修(講義)時間数	56時間	50時間	
代替職員雇用希望時間 (延べ時間の3倍以内)	168時間	150時間	

※ 研修(講義)時間・内容が確認できる資料(研修開催案内等)を添付すること。

2 代替職員の雇用計画

代替職員の数	1人	研修案内等で確認できる 研修の実時間の計を記入 (ただし、昼休みは除く)
代替職員の合計勤務時間	318時間	研修参加者3人の研修 延べ時間数の合計 (168+150)
雇用予定日数(1日当りの勤務時間)	39日間 1日当たり8時間×39日=312時間	
雇用予定期間	(自)平成26年11月1日 (至)平成26年12月31日	
雇用に必要な経費	318,000円 (時給1,000円×318時間)	
所要額 (雇用に必要な経費×補助率1/2)	318,000円×1/2=159,000円	