

キャリアパス支援等研修事業協議書

法人名 _____
事業所名 _____
所在地 _____

○実務者研修等支援事業

I 研修の受講状況

研修名	研修施設名	研修期間
介護福祉士実務者研修 (通学)	〇〇〇学校	R4. 10～R5. 3
合計		1名 (6ヶ月)

II 代替職員の雇用状況

雇用期間	資格	所要額
R4. 10～R5. 3 (6ヶ月)	介護福祉士実務 者研修修了	実務者研修のスクーリングの為に職員が不在となる日 (10日間)、OJT期間(3日間)、引継日(1日間) ① 賃金 1,050,840円×(14日/126日)=116,760円 ② 共済費 178,638円×(14日/126日)=19,849円 ③ 通勤手当 220円×往復×14日=6,160円 合計 142,769円
合計		1名 (14日) 142,769円

III 補助事業等実施による効果(実施成果)

介護職員のキャリアアップとなる介護福祉士資格の取得に向けた実務者研修の受講により、介護福祉士国家資格の受験資格を得る事ができ、本年度については 1 名の受験が可能となる。

注 研修施設名等を具体的に記入してください。