令和６年度(2024年度)介護関係職員医療連携支援事業協議書

１　基本事項

|  |  |
| --- | --- |
| 代表法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 法人の所在地 | 〒 |
| 事業所名 |  |
| 事業所の所在地 | 〒 |
| サービス種類 |  |
| 事業所番号 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

２　研修実施のねらい等

|  |
| --- |
| 研修実施の背景、課題 |
|  |
| 研修のねらい |
|  |
| 研修対象者の職種及び参加人数（予定） |
|  |

３　所要額

|  |  |
| --- | --- |
| 積算内訳 | 対象経費支出予定額（円） |
|  | 合計 |

４　研修内容

【　回目】　　　　　　　　　　　　　　※２回以上開催する場合は適宜、表を追加すること。

|  |
| --- |
| 開催日 |
|  |
| 開催場所 |
|  |
| 研修テーマ※　　　　　　　　　　　　　　　※実施要綱の研修テーマから選択すること。 |
|  |
| 研修内容（次第、講師等含む） |
|  |

５　研修参加予定事業所一覧

※参加事業所数によって、適宜、表を追加すること。

　代表事業所も含め、参加予定の事業所を全て記載すること。

（１）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 法人の所在地 | 〒 |
| 事業所名 |  |
| 事業所の所在地 | 〒 |
| サービス種類 |  |
| 事業所番号 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 事業所の電話番号 |  |
| 参加者の職種・人数 |  |

（２）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 法人の所在地 | 〒 |
| 事業所名 |  |
| 事業所の所在地 | 〒 |
| サービス種類 |  |
| 事業所番号 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 事業所の電話番号 |  |
| 参加者の職種・人数 |  |

（３）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 法人の所在地 | 〒 |
| 事業所名 |  |
| 事業所の所在地 | 〒 |
| サービス種類 |  |
| 事業所番号 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 事業所の電話番号 |  |
| 参加者の職種・人数 |  |